



**Escola Superior de Educação João de Deus**

**Mestrado em Ciências da Educação na Especialidade em Educação Especial,  
Domínio Cognitivo e Motor**

***O PAPEL DA MUSICOTERAPIA NO PROCESSO  
EDUCATIVO DE CRIANÇAS COM PERTURBAÇÃO  
DE HIPERATIVIDADE COM DÉFICE DE ATENÇÃO***

Ângela Marta Silva Lobo

Lisboa, março de 2014



*Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós, deixam um  
pouco de si, levam um pouco de nós.*

Saint Exupéry

## **Escola Superior de Educação João de Deus**

**Mestrado em Ciências da Educação na Especialidade em  
Educação Especial, Domínio Cognitivo e Motor**

### ***O PAPEL DA MUSICOTERAPIA NO PROCESSO EDUCATIVO DE CRIANÇAS COM PERTURBAÇÃO DE HIPERATIVIDADE COM DÉFICE DE ATENÇÃO***

Ângela Marta Silva Lobo

Trabalho de investigação apresentado na Escola Superior de Educação João de Deus com vista à obtenção do grau de Mestrado em Educação Especial: Domínio Cognitivo e Motor sob a orientação do

Professor orientador: Doutor Horácio Pires Gonçalves Ferreira Saraiva

Lisboa, março de 2014

## Resumo

As crianças com Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA), podem ser um verdadeiro desafio para os pais, professores e para os próprios.

Esta investigação, apresenta uma reflexão sobre a importância da Musicoterapia na Educação Especial, nomeadamente no processo educativo de crianças com PHDA. Para poder desenvolver o projeto foi efetuada uma breve revisão bibliográfica sobre o tema. Ao longo do trabalho, fez-se uma abordagem da forma como a Inclusão de crianças com PHDA deve ser desenvolvida nas escolas e de que forma a musicoterapia pode desempenhar um papel importante no processo educativo de crianças com PHDA.

A metodologia da investigação utilizada baseou-se numa abordagem quantitativa, tendo como instrumento um questionário. Os dados recolhidos da amostra contribuíram para fazer uma análise de como a Musicoterapia é vista no meio escolar e de que forma é utilizada enquanto instrumento para a Inclusão. O estudo sugere algumas alternativas que os docentes podem ter nesta área, tornando-se, pois, importante ter a noção da existência de alternativas de intervenção eficazes no processo de ensino e de aprendizagem e na mediação de comportamentos.

**PALAVRAS-CHAVE:** PHDA, Música, Musicoterapia, Inclusão, intervenção.

**Abstract**

Children with Attention Defice Disorder with Hyperactivity (PHDA) can be a real challenge for parents, teachers and for themselves.

This research presents a reflection on the importance of music therapy in special education, particularly in the educational process of children with PHDA. In order to develop the project we made a brief literature review on the topic. Throughout the work, we made an approach of how the inclusion of children with PHDA should be developed in schools and how music therapy can play an important role in the educational process of children with PHDA.

The research methodology used was based on a quantitative approach, having a questionnaire as a survey instrument. Data collected from the sample contributed to an analysis of how music therapy is seen at schools and how it is used as a tool for inclusion. The study suggests some alternatives that teachers can have in this area, making it important to be aware of the existence of alternative effective intervention in the process of teaching and in mediating behaviors.

**KEYWORDS:** PHDA, music, music therapy, inclusion, intervention.

## Agradecimentos

A concretização deste projeto não seria possível sem a colaboração, apoio e incentivo de algumas pessoas. A todos, os meus sinceros agradecimentos. Assim, quero fazer um agradecimento especial a todos que comigo partilharam momentos de angústia, alegria e cansaço decorrentes da realização deste projeto de investigação.

Em primeiro lugar às minhas colegas de grupo que me apoiaram, desde o início do curso.

Ao professor Doutor Horácio Saraiva pela forma como orientou este projeto, permitindo que a minha curiosidade me conduzisse a um maior desenvolvimento pessoal e académico.

A todos os professores do Mestrado que, pela forma apaixonada com que estão na Educação Especial me ajudaram a descobrir um mundo cheio de novidades.

A todos os colegas que me ajudaram na recolha de informação para esta investigação, pois sem a qual não seria possível a sua conclusão

Para terminar, deixo um agradecimento muito especial ao meu marido e às minhas duas filhas, pelo apoio incondicional que me deram nos momentos mais críticos deste meu percurso. À Mariana e a Leonor, agradeço pela forma com que passei a ver o mundo e por desculparem as ausências da mãe.

## **Abreviaturas**

APA – Associação Americana de Psiquiatria

CEB – Ciclo do Ensino Básico

DSM – IV TR – Diagnostic and Statistic Manual os Mental Disorders – Text Revision

( Manual de Diagnóstico Estatístico das Perturbações Mentais).

PHDA – Perturbação da Hiperatividade com Défice de Atenção



## Índice

<b>Resumo</b> .....	v
<b>Abstract</b> .....	vi
<b>Agradecimentos</b> .....	vii
<b>Abreviaturas</b> .....	viii
<b>Índice de Tabelas</b> .....	11
<b>Índice de Gráficos</b> .....	13
<b>Índice de Apêndices</b> .....	15
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	16
<b>PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	18
<b>1. A Perturbação da Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA)</b> ....	19
1.2 <i>Definição da PHDA</i> .....	21
1.2.1 – <i>Défice de atenção</i> .....	22
1.2.2 – <i>Hiperatividade</i> .....	23
1.2.3 – <i>Impulsividade</i> .....	24
1.3. <i>Etiologia</i> .....	26
1.3.1 – <i>Fatores Genéticos</i> .....	27
1.3.2 – <i>Fatores Péri e Pré natais</i> .....	28
1.3.3 – <i>Fatores ambientais e psicosociais</i> .....	28
1.4. <i>Diagnóstico</i> .....	29
1.5. <i>Intervenção</i> .....	30
1.5.1. <i>Tratamento farmacológico</i> .....	31
1.5.2 <i>Intervenção parental</i> .....	33
1.5.3. <i>Intervenção Escolar</i> .....	34
<b>Capítulo 2</b> .....	38
<b>1. A Musicoterapia</b> .....	38
1.1. <i>Introdução ao conceito da Música</i> .....	38
1.2. <i>Caráter terapêutico da Música</i> .....	39
1.3. <i>Musicoterapia: definição</i> .....	42
1.4. <i>Os objetivos da Musicoterapia</i> .....	43
<b>Capítulo 3</b> .....	45
<b>1. A Musicoterapia no Processo Educativo de Crianças com PHDA</b> .....	45
1.1. <i>A musicoterapia no processo de inclusão</i> .....	46
1.2. <i>O Educador/ professor enquanto musicoterapeuta</i> .....	47

<b>PARTE II – ENQUADRAMENTO PRÁTICO .....</b>	<b>50</b>
<b>Capítulo 1 – Metodologia de Investigação.....</b>	<b>51</b>
<b>1 – Introdução.....</b>	<b>51</b>
<b>2. Metodologia de Investigação .....</b>	<b>51</b>
2.1. <i>Definição da Questão - problema.....</i>	<i>51</i>
2.2. <i>Objetivos do estudo.....</i>	<i>52</i>
2.2.1 – <i>Objetivos Específicos da Investigação .....</i>	<i>52</i>
2.3. <i>Hipóteses e variáveis .....</i>	<i>52</i>
2.4 <i>Dimensão e critérios da Amostra .....</i>	<i>54</i>
2.5 <i>Métodos e Técnicas a utilizar.....</i>	<i>55</i>
2.6. <i>Recolha e tratamento de dados .....</i>	<i>55</i>
2.7. <i>Calendarização .....</i>	<i>56</i>
<b>Capítulo 2 - Apresentação dos Resultados .....</b>	<b>57</b>
<b>1 - Introdução .....</b>	<b>57</b>
1.1 - <i>Caracterização da amostra.....</i>	<i>57</i>
1.2 <i>Classificação do Conhecimento sobre PHDA .....</i>	<i>63</i>
1.3 <i>A Criança com PHDA.....</i>	<i>64</i>
1.4 <i>A Musicoterapia.....</i>	<i>74</i>
1.5 <i>A Musicoterapia e a Criança com PHDA .....</i>	<i>83</i>
<b>Capítulo 3 – Análise e Discussão dos Resultados .....</b>	<b>89</b>
<b>1 – Introdução.....</b>	<b>89</b>
1.1 - <i>Informações pessoais .....</i>	<i>89</i>
1.2 - <i>Informações e contacto com crianças com PHDA.....</i>	<i>89</i>
1.3 - <i>A criança com PHDA .....</i>	<i>90</i>
1.4 - <i>A Musicoterapia .....</i>	<i>91</i>
1.5 - <i>A musicoterapia e a criança com PHDA.....</i>	<i>91</i>
1.6 - <i>Resultados obtidos e hipóteses elaboradas.....</i>	<i>91</i>
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>94</b>
<b>LINHAS FUTURAS DE INVESTIGAÇÃO .....</b>	<b>96</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>97</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>100</b>

## Índice de Tabelas

Tabela 1 - Calendarização .....	56
Tabela 2 - Distribuição por Género.....	57
Tabela 3 - Distribuição por Idade.....	58
Tabela 4 - Distribuição por Habilitações Literárias.....	59
Tabela 5 - Distribuição por Tempo de Serviço .....	60
Tabela 6 - Formação na Área das NEE.....	61
Tabela 7 - Já Trabalhou com Crianças com PHDA .....	62
Tabela 8 - Classificação do Conhecimento sobre PHDA .....	63
Tabela 9 - A criança com PHDA revela um padrão persistente de falta de atenção e excesso de atividade; .....	64
Tabela 10 - A criança com PHDA não revela dificuldades no cumprimento de regras e instruções; .....	65
Tabela 11 - A criança com PHDA distrai-se mais facilmente na realização de tarefas repetitivas ou que exigem elevados níveis de atenção; .....	66
Tabela 12 - A criança com PHDA realiza as atividades propostas de forma mais lenta que os colegas da turma; .....	67
Tabela 13 - A criança com PHDA não revela dificuldades de organização;.....	68
Tabela 14 - A criança com PHDA apresenta respostas rápidas e precipitadas às questões que lhe são colocadas;.....	69
Tabela 15 – A criança com PHDA aprende de forma semelhante aos seus colegas da turma;.....	70
Tabela 16 – Os comportamentos de crianças com PHDA influenciam desfavoravelmente outras crianças da turma; .....	71
Tabela 17 – A rejeição dos pares leva a criança com PHDA a encarar-se a si própria e ao mundo como negativos;.....	72
Tabela 18 – A criança com PHDA não pode ser tratada através de medicação;.....	73
Tabela 19 - A música é uma linguagem universal que permite expressar emoções, sentimentos e pensamentos;.....	74
Tabela 20 – A musicoterapia promove o desenvolvimento cognitivo e social; .....	75
Tabela 21 – A musicoterapia minimiza as dificuldades de relacionamento;.....	76
Tabela 22 – A musicoterapia não facilita a comunicação individual e a integração social; .....	77
Tabela 23 – A musicoterapia conduz ao autoconhecimento;.....	78
Tabela 24 – Ao contactar com a música a criança não reage de forma desfavorável; .....	79
Tabela 25 – A musicoterapia não implica prazer; .....	80
Tabela 26 – A musicoterapia fomenta o desenvolvimento da imaginação, autonomia e criatividade na criança. ....	81
Tabela 27 – A musicoterapia, enquanto terapia, permite que a criança se conheça melhor a si mesma;.....	82
Tabela 28 – A musicoterapia favorece o desenvolvimento da atenção e da concentração da criança com PHDA; .....	83
Tabela 29 – A musicoterapia desempenha um papel importante no desenvolvimento da autoestima da criança com PHDA;.....	84

Tabela 30 – A musicoterapia não contribui para a diminuição da impulsividade;.....	85
Tabela 31 – A música é uma estratégia favorável no processo educativo de crianças com PHDA; .....	86
Tabela 32 – A musicoterapia é um recurso que favorece a socialização, abrindo caminho ao desenvolvimento de novas aprendizagens. ....	87
Tabela 33 – As atividades musicais podem ser uma grande contribuição para o desenvolvimento escolar de alunos com PHDA. ....	88

## Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Género dos Inquiridos.....	57
Gráfico 2 – Idade dos Inquiridos.....	58
Gráfico 3 – Habilitações Literárias dos Inquiridos.....	59
Gráfico 4 – Tempo de Serviço dos Inquiridos.....	60
Gráfico 5 – Formação na Área das NEE dos Inquiridos.....	61
Gráfico 6 – Já Trabalhou com Crianças com PHDA .....	62
Gráfico 7 – Classificação do Conhecimento sobre PHDA dos Inquiridos.....	63
Gráfico 8 – A criança com PHDA revela um padrão persistente de falta de atenção e excesso de atividade; .....	64
Gráfico 9 – A criança com PHDA não revela dificuldades no cumprimento de regras e instruções; .....	65
Gráfico 10 – A criança com PHDA distrai-se mais facilmente na realização de tarefas repetitivas ou que exigem elevados níveis de atenção; .....	66
Gráfico 11 – A criança com PHDA realiza as atividades propostas de forma mais lenta que os colegas da turma; .....	67
Gráfico 12 – A criança com PHDA não revela dificuldades de organização; .....	68
Gráfico 13 – A criança com PHDA apresenta respostas rápidas e precipitadas às questões que lhe são colocadas; .....	69
Gráfico 14 – A criança com PHDA aprende de forma semelhante aos seus colegas da turma; .....	70
Gráfico 15 – Os comportamentos de crianças com PHDA influenciam desfavoravelmente outras crianças da turma; .....	71
Gráfico 16 – A rejeição dos pares leva a criança com PHDA a encarar-se a si própria e ao mundo como negativos; .....	72
Gráfico 17 – A criança com PHDA não pode ser tratada através de medicação; .....	73
Gráfico 18 – A música é uma linguagem universal que permite expressar emoções, sentimentos e pensamentos; .....	74
Gráfico 19 – A musicoterapia promove o desenvolvimento cognitivo e social; .....	75
Gráfico 20 – A musicoterapia minimiza as dificuldades de relacionamento; .....	76
Gráfico 21 – A musicoterapia não facilita a comunicação individual e a integração social; .....	77
Gráfico 22 – A musicoterapia conduz ao autoconhecimento; .....	78
Gráfico 23 – Ao contactar com a música a criança não reage de forma desfavorável; .....	79
Gráfico 24 – A musicoterapia não implica prazer; .....	80
Gráfico 25 – A musicoterapia fomenta o desenvolvimento da imaginação, autonomia e criatividade na criança. ....	81
Gráfico 26 – A musicoterapia, enquanto terapia, permite que a criança se conheça melhor a si mesma; .....	82
Gráfico 27 – A musicoterapia favorece o desenvolvimento da atenção e da concentração da criança com PHDA; .....	83
Gráfico 28 – A musicoterapia desempenha um papel importante no desenvolvimento da autoestima da criança com PHDA; .....	84

Gráfico 29 – A musicoterapia não contribui para a diminuição da impulsividade;.....	85
Gráfico 30 – A música é uma estratégia favorável no processo educativo de crianças com PHDA; .....	86
Gráfico 31 – A musicoterapia é um recurso que favorece a socialização, abrindo caminho ao desenvolvimento de novas aprendizagens. ....	87
Gráfico 32 – As atividades musicais podem ser uma grande contribuição para o desenvolvimento escolar de alunos com PHDA.....	88

Índice de Apêndices

Apêndice A .....101

## INTRODUÇÃO

Este trabalho, realizado no âmbito do Projeto de Investigação no Mestrado em Ciências da Educação na especialização em Educação Especial, domínio cognitivo – motor, pretende averiguar acerca da influência da musicoterapia no processo educativo de crianças com Perturbação da Hiperatividade com Défice de Atenção.

O interesse pela PHDA foi essencial para a escolha do tema deste projeto de investigação, uma vez que se trata de uma patologia estudada por muitos sendo, contudo, até hoje, de difícil definição e compreensão. Para além de se fazer referência a aspetos relacionados com a PHDA, procurar-se-à aprofundar os conhecimentos sobre de que forma a Música influencia as aprendizagens das crianças, principalmente das crianças com PHDA. Para a realização desta investigação foi necessário fazer uma pesquisa a nível de fundamentação teórica quer a nível da problemática, quer a nível da terapêutica, para posteriormente estabelecer uma relação com a prática educativa e com o processo educativo de crianças com PHDA. Neste contexto a questão central é *“Qual é o contributo da musicoterapia no processo educativo de crianças com PHDA?”*

A música, como um instrumento terapêutico na educação, permite desenvolver a sensibilidade, a criatividade, o sentido rítmico, a imaginação, a memória, a concentração, a autodisciplina, o respeito pelo outro, a socialização e a afetividade, contribuindo também para uma efetiva consciência corporal e de movimentação. (Brescia, 2003)

A música possui um poder incomparável sobre o corpo e a mente, sendo por vezes, usada como método de relaxamento. A musicoterapia, como trabalha o ritmo, a melodia e a harmonia tem a capacidade de estabelecer relações entre o terapeuta e o paciente.

A primeira parte deste trabalho está subdividida em três capítulos. O primeiro capítulo tem como principal objetivo fazer um enquadramento teórico da Perturbação da Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA), com uma perspetiva histórica e concetual da problemática, bem com o seu diagnóstico, prevalência e etiologia. As causas explicativas para este distúrbio são os fatores genéticos, pério e pré – natais e ambientais e psicossociais.

No segundo capítulo faz-se uma abordagem da Musicoterapia, começando por se falar da música e das suas potencialidades referenciando-a como uma linguagem universal, com capacidades para transcender emoções humanas e ultrapassar barreiras culturais e linguísticas. Posteriormente define-se a terapia e quais os seus objetivos: estimular o



desenvolvimento motor e cognitivo, o pensamento, as habilidades comunicativas e as interações sociais.

O terceiro capítulo, aporta para a importância da musicoterapia na inclusão de crianças com necessidades educativas especiais, nomeadamente com PHDA. Analisa-se também o papel do Educador/Professor enquanto musicoterapeuta e quais os objetivos desta terapia no processo educativo de crianças com PHDA.

Na segunda parte do projeto, é feito o enquadramento empírico da investigação, relativamente à metodologia adotada, às hipóteses, às variáveis e ao tratamento de dados.

Para finalizar este projeto, são delineadas as considerações finais.

Com esta investigação, pretende-se dar maior ênfase na implementação do conceito de inclusão no ensino regular, tendo em conta a sua importância no tratamento e formação de crianças/jovens com PHDA, sendo a Musicoterapia um dos recursos para se atingir um fim.

## **PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

## Capítulo 1

### 1. A Perturbação da Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA)

Neste capítulo irá desenvolver-se o que diz respeito à evolução do conceito de PHDA, as causas, as características, as implicações pedagógicas, bem como alternativas de intervenção que podem ser implementadas. A musicoterapia é abordada como uma das formas de intervir nesta patologia.

#### 1.1. Perspetiva histórica

A PHDA é uma temática que, embora não seja recente, continua a ser alvo de grande estudo e controvérsia. Embora nos últimos anos, as proporções da PHDA tenham vindo a aumentar consideravelmente, este é um conceito descrito pela primeira vez em 1902 por George Still. Este médico Inglês descreveu um conjunto de crianças, cujo comportamento se assemelhava, predominando o défice de atenção e o excesso de atividade. Já na altura, Still, acreditava que este comportamento não era causa de uma má educação, contribuindo desta forma para um aumento do interesse e da investigação sobre esta perturbação.

Duas décadas depois, médicos americanos estudaram crianças que tinham em comum o facto de sobreviverem à pandemia de encefalite ocorrida. Estas crianças apresentavam um conjunto de comportamentos similares aos descritos por *Still*, sendo limitadas na sua atenção, na regulação das atividades e na impulsividade, bem como em outras capacidades cognitivas. Este facto originou a designação de crianças com “distúrbios de comportamento pósencefalítico” (Barkley, 2008:17) resultantes de uma lesão cerebral. Especificar que o transtorno parecia estar no cérebro desencadeava designações relativas a uma disfunção cerebral, no entanto, muitas crianças não apresentavam estas lesões apesar de denotarem um funcionamento cerebral inadequado sendo, por essa razão, a expressão aligeirada para disfunção cerebral mínima (Lopes, 2004).

Nos anos 50 e 60, uma série de alterações ao nome surgiram e a PHDA passou a ser tema de grande controvérsia e interesse. Surge a designação de lesão cerebral ou lesão cerebral mínima para a perturbação que inclui a hiperquinésia, a falta de atenção, a impulsividade e o atraso escolar, que rapidamente foi contestado devido ao seu duvidoso grau de validade.

Ainda por volta dos anos 60, Chess (cit. por Lourenço, 2009) focou o excesso de atividade como o principal sintoma da doença e retirou aos pais a culpa dos problemas dos filhos, separando os conceitos de perturbação de hiperatividade e perturbação de lesão cerebral.

Segundo Lopes (2004), na década de 70 deu-se uma explosão no número de estudos sobre a PHDA. A hiperatividade deixa de ser o fator essencial da perturbação. O trabalho de Virgina Douglas, psicóloga Canadiana, foi fulcral para esta mudança, sendo que as suas inúmeras investigações colocam a tónica na importância do défice de atenção e impulsividade. Os anos 70 foram também um importante marco no que concerne aos diferentes tipos de terapêuticas, variando entre as técnicas de modificação de comportamento aplicadas em sala de aula e as terapias medicamentosas, geralmente mais rápidas e eficazes. A administração de medicamentos, que pudessem acalmar as crianças e viessem a ter efeitos positivos ao nível do funcionamento cerebral, foi então particularmente estudada nesta década e os efeitos do metilfenidato, mais comumente referido como Ritalina, foram comparados com diversas intervenções nas mais variadas áreas do desenvolvimento.

Segundo Lopes (2004), a década de 80 constituiu “uma autêntica “idade de ouro”” (p. 48), não só pela quantidade, mas sobretudo pela qualidade de trabalhos efetuados e pelos importantes progressos na metodologia de investigação, no estudo da etiologia, nos instrumentos de avaliação, bem como nos modelos de gestão comportamental. A década de 90 foi a década de todas as decisões e de intensa investigação. O DSM-III (APA, 1980, cit. por Lopes, 2004) apresenta novos critérios de diagnóstico com base nas investigações realizados nos anos anteriores. Os sintomas são apresentados numa lista detalhada de verificação de comportamentos. São criados alguns subtipos desta perturbação: PHDA com Hiperatividade; PHDA sem Hiperatividade; e PHDA residual que constitui um subtipo com contornos pouco definidos.

Em 1994, a Associação Americana de Psiquiatria publicou o DSM-IV cuja revisão foi realizada em 2000 dando origem ao DSM-IV-TR. Nessa atualização, a classificação de PHDA é dividida em dois subtipos básicos e em uma combinação de ambos: Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção, tipo misto; Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção, tipo predominantemente desatento e Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção, tipo predominantemente hiperativo-impulsivo. Este manual define a PHDA como “um padrão persistente de falta de atenção e/ou impulsividade

hiperatividade, com uma intensidade que é mais frequente e grave que o observado habitualmente nos sujeitos com um nível semelhante de desenvolvimento”. (APA, 2006:85). Procura também exigir que os sintomas se verifiquem em pelo menos dois contextos alterando assim as estimativas de prevalência do distúrbio e aproximar a perspectiva americana da perspectiva europeia. Segundo *Sosin & Sosin* (2006), a PHDA é uma perturbação genética do foro neurobiológico que se torna evidente na primeira infância e que normalmente continua a manifestar-se ao longo da vida da pessoa que dela padece. Manifesta-se entre uma variedade de situações que excedam a sua capacidade de prestar atenção, restringir movimentos, inibir impulsos e regular o próprio comportamento no que diz respeito a regras. Nestas crianças verifica-se, portanto, um transtorno de desenvolvimento do autocontrole que consiste em problemas com os períodos de atenção, com o controle de impulso e com o nível de atividade (Falardeau, 1997). Consequentemente, este transtorno irá refletir-se nas vontades das crianças e na sua capacidade de controlar o seu próprio comportamento não perspectivando futuros objetivos ou consequências através dos quais todos os indivíduos preparam o seu futuro próximo e distante.

De acordo com Barkley (2006), atualmente, a PHDA é reconhecida como uma perturbação universal com uma crescente aceitação, tanto quanto à sua existência, como no que se refere ao seu estatuto, enquanto condição crónica e incapacitante. Desta forma, a utilização da mesma terminologia, critérios de diagnóstico e protocolos de tratamento, permitem às crianças com PHDA e às suas famílias o benefício da imensa informação realizada mundialmente.

### *1.2 Definição da PHDA*

A PHDA é uma perturbação de difícil definição e diagnóstico. A terminologia pela qual é designada também varia de acordo com os autores, sendo por vezes referida como um comportamento, como uma característica ou até mesmo como um distúrbio (Fonseca, 1998).

Muitas vezes, os resultados encontrados nos diferentes estudos são confusos e inconclusivos, uma vez que o grande número de características e causas atribuídas à PHDA constitui um grande entrave à sua definição.

No entanto, as características que as crianças com PHDA apresentam parecem ser de senso comum e de ordem consensual, designadas muitas vezes como tríade: défice de atenção muito acentuado, agitação motora excessiva ou hiperatividade ou até a resposta quase inata às situações sem pensar nas consequências, também designada muitas vezes por impulsividade. Assim Barkley defende que, “as crianças P.H.D.A. são normalmente descritas como apresentando dificuldades crónicas de (a) atenção, (b) hiperatividade e (c) impulsividade”, constituindo a “santíssima trindade do distúrbio” (1990, cit. por Lopes, 2004).

A DSM-IV-TR, publicada em 2002 pela Associação Americana de Psiquiatria, é responsável pela generalização do termo “Attention Deficit Hiperactivity Disorder” (ADHD), em português PHDA, referindo-se a indivíduos que apresentam perturbações disruptivas do comportamento e défice de atenção caracterizados por “padrão persistente de falta de atenção e/ou impulsividade-hiperatividade, com uma intensidade que é mais frequente e grave que o observado habitualmente nos sujeitos com um nível semelhante de desenvolvimento” (p.85).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), por seu lado, caracteriza o Distúrbio Hiperkinético pela falta de perseverança nas atividades que exigem um envolvimento cognitivo e uma tendência a passar de uma atividade para outra sem acabar nenhuma, associadas a uma atividade global desorganizada, descoordenada e excessiva. Sobressaem, assim, três particularidades essenciais: défice de atenção, hiperatividade e impulsividade.

### *1.2.1 – Défice de atenção*

O Défice de Atenção é talvez o mais importante e mais referido sintoma da PHDA. São vários os estudos que mostram que o facto de a criança não conseguir estar sentada e concentrada a desenvolver determinada tarefa é, muitas das vezes, o que interfere com a atenção seletiva, com o rendimento escolar e com as relações interpessoais. Uma criança com esta perturbação dispersa a sua atenção muito facilmente, pelo que mesmo fazendo um esforço consciente para se concentrar e prestar atenção, a perturbação está fora do seu controlo e esvai-se. Esta dificuldade em estar atento pode estar presente durante atividades lúdicas (mudar frequência de brinquedos ou ter brincadeiras mais curtas que as outras crianças), mas agrava-se durante a realização de tarefas repetitivas

ou que exigem elevados níveis de atenção (Lopes, 2004). Assim, as características mais comuns associadas à falta de atenção são:

- “Distrai-se facilmente; esquece-se com frequência; está sempre a perder coisas; parece estar sempre muito atarefado; está sempre a adiar (protelação); é desleixado; tem dificuldade em executar uma tarefa do princípio até o fim; tem muitos projectos inacabados; detesta papelada; tem dificuldade em manter-se sentado; tem dificuldade em concentrar-se durante comunicações ou reuniões;” (Sosin, 2006, p. 7)

É muito provável que em situações escolares o défice de atenção se manifeste, até porque a criança deixa-se levar por estímulos pouco relevantes, interrompendo com frequência as atividades que deveria desenvolver e demorando mais tempo a retomá-las. É ainda provável que sinta dificuldade em prestar atenção a pormenores, que erre repetidamente e que não consiga gerir o seu tempo.

Ainda que o ambiente escolar não seja o melhor meio onde se possa avaliar este tipo de comportamentos, as crianças com défice de atenção acabam por revelar um lado positivo: são criativos, inteligentes e conseguem desenvolver atividades e ideias novas e criar novas descobertas e invenções.

O professor tem um papel de grande responsabilidade nestes casos, porque está nas suas mãos ajudar o aluno para que este possa com trabalho árduo atingir os seus objetivos, tirando o máximo proveito da vida e das suas capacidades.

O défice de atenção pode ainda levar a criança a um desânimo e falta de autoestima, estando as suas relações sociais gravemente comprometidas, uma vez que dificilmente conseguirá mater os seus amigos, atendendo ao fato de não conseguir estar atento ao que os outros dizem e de não conseguir cumprir regras na prática de jogos.

### *1.2.2 – Hiperatividade*

Inicialmente, a hiperatividade era encarada como o traço distintivo desta tríade, sendo que os mais sossegados que apresentavam todos os sinais acabavam por passar despercebidos.

Nesta altura as crianças irrequietas eram as que requeriam maior atenção. As crianças com hiperatividade, têm dificuldade em absorver-se numa só coisa e impacientam-se ao

fim de alguns minutos à volta de uma só tarefa. Podem até prestar atenção a atividades e coisas do seu agrado. Mas, quando se trata de organizar, estar atentas a uma tarefa ou aprender algo de novo, manifestam uma grande dificuldade, distraíndo-se facilmente com qualquer estímulo exterior. Movimentam frequentemente as mãos e pés, sobretudo quando estão sentados; levantam-se dentro da sala de aula bem como noutras situações em que se espera que estejam sentados; correm ou saltam excessivamente numa situação que é inadequado fazê-lo; têm dificuldades em dedicar-se tranquilamente a um jogo; agem como se estivessem ligados a um motor e falam em excesso.

Para Barkley (2006) as crianças com hiperatividade apresentam, normalmente, níveis excessivos de atividade motora ou oral, que se manifestam pela irrequietude, nervosismo, movimentos grosseiros e desnecessários para a tarefa e, por vezes, desproporcionados e desapropriados. A hiperatividade, como já foi referido, manifesta-se através de uma atividade corporal excessiva e desorganizada que, com frequência, não tem um objetivo concreto. A criança tem dificuldades ao nível de motricidade grossa (por exemplo, dificuldades de coordenação visual – manual) e com certa frequência observam-se movimentos involuntários de dedos que interferem na realização de certas tarefas. A hiperatividade pode persistir ao longo da vida de um indivíduo. Na idade pré-escolar e escolar estas crianças têm dificuldades em estar quietas ou de ouvir alguém contar uma história. Em casa, levantam-se da mesa antes de terminar a refeição, durante o visionamento de filmes ou desenhos animados. Na adolescência e na idade adulta, a hiperatividade manifesta-se por inquietação e dificuldade em manter tarefas tranquilas (APA, 2002). O adulto hiperativo tem tendência para desesperar em filas de trânsito, não conseguir permanecer sentado em salas de espera e ter dificuldades em estar no mesmo sítio durante muito tempo. É necessário manter presente a ideia de que “a actividade motora excessiva é um padrão de resposta automático que a criança não consegue controlar na totalidade.” (Sosin, 2006, p. 46), para que se possa lidar com estas pessoas da melhor forma possível, sobretudo numa atitude aberta e de compreensão.

### *1.2.3 – Impulsividade*

Lopes (2004) defende que “A desinibição comportamental constitui uma incapacidade de controlo pessoal em resposta a exigências da situação. O fracasso na inibição de comportamentos tem recebido na literatura a denominação de impulsividade” (p. 81).



Para Isabel Vilar (2002), a impulsividade numa criança com PHDA surge de forma imatura e inadequada, visto que não tem capacidade suficiente para refletir ou maturidade para analisar eficazmente uma situação real ou imaginária.

A impulsividade tem manifestações a nível não só emocional mas também cognitivo. A falta de controlo emocional faz com que a criança aja sem refletir numa busca imediata de satisfação do desejo, não avaliando as consequências dos seus atos. Com baixa tolerância à frustração, desenvolve na maioria das vezes manifestações de irritabilidade, devido a tensões criadas pelos comportamentos imprevisíveis. A nível cognitivo, esta perturbação afeta sobretudo o desempenho escolar, dado que leva a criança a responder aos estímulos sem pensar. Assim, pode consequentemente apresentar dificuldades em tarefas mais complexas tais como a leitura, a escrita e até a matemática. A impulsividade é uma das características psicológicas mais importantes da idade pré escolar que é substituída progressivamente por um maior controlo dos impulsos e por uma crescente capacidade de reflexão sobre as diferentes situações (Cruz, 1987, Sonuga-Barke, 1988 cit. por Lopes, 2004). Assim, as crianças impulsivas são consideradas menos socializadas, menos competentes a lidar com os impulsos agressivos, incapazes de inibir impulsos motores e de resistir à tentação (Cruz, 1987 cit. por Lopes, 2004). A conduta impulsiva constitui um dos aspetos preponderantes nas crianças com PHDA, observando-se uma tendência à satisfação imediata dos seus desejos e pouca tolerância à frustração. A impulsividade reflete-se na incapacidade de controlar as suas emoções e o seu comportamento. As crianças não conseguem parar para pensar nos seus atos, o que pode ser decisivo na sua sobrevivência, pela incapacidade de voltar atrás. Esta criança pode tornar-se incómoda para professores e colegas ao interromper as conversas, ao dar empurrões na fila de espera no refeitório e, quando contrariada, pode ficar irritada. A impulsividade faz parte da sua natureza e muitas vezes ficam chocadas, quando lhes dizem que estão a fazer alguma coisa mal.

Segundo Sosin (2006) a impulsividade é caracteriza-se pelos seguintes aspectos:

“Agir sem pensar; saltar de uma actividade para outra; desafiar ou dissuadir, interrompendo as conversas; ter dificuldade em esperar pela sua vez; expressar sentimentos ou ideias sem pensar – pode ser considerado brutalidade, falta de tacto ou mesmo insensibilidade; tomar decisões, incluindo decisões importantes, sem prever ou pensar nas consequências; agir com ousadia, sem medo ou em busca de emoções fortes – adoptando comportamentos perigosos sem reconhecer necessidade de ter cautela; repetir comportamentos problemáticos – sem aprender com as experiencias anteriores; alinhar em novas

experiências sem ler primeiro as instruções nem verificar as indicações.” (p. 37)

Ainda que a palavra “impulsividade” tenha conotações negativas, pode também estar associada à “criatividade”, “espontaneidade” e “intuição”. Este lado positivo só é descoberto muitas vezes, depois da saída da escola. Um pensamento criativo, a capacidade de tomar decisões rápidas surge espontaneamente, não é planejado. Segundo Gardner, (1983, cit. por Sosin, 2006), a criatividade é um dos muitos tipos de inteligência que podem ser demonstrados por uma pessoa.

### *1.3.Etiologia*

São vários os modelos criados que tentam explicar as principais causas do aparecimento da PHDA na criança. No entanto, tal como não é fácil obter consenso quanto à definição e caracterização do distúrbio, também não é fácil definir a sua etiologia.

Apesar das muitas investigações realizadas, Lopes (2004) diz-nos mesmo que as causas da PHDA são ainda “desconhecidas”. Ainda hoje, um dos grandes desafios que se colocam tanto a profissionais que trabalham com crianças hiperativas, como a pais que têm filhos com este tipo de distúrbio é o de determinar a origem da hiperatividade. Apesar de se tratar de um distúrbio frequente na infância e que tem sido objeto de estudo de muitos médicos e psicólogos, as causas que conduzem à origem da PHDA não revelam dados precisos e conclusivos de identificação dos fatores que determinam esta perturbação. Todavia, é consensual que existe uma multiplicidade de fatores que exercem os seus próprios efeitos e que interagem entre si, levando a comportamentos hiperativos (Garcia, 2001).

Nos últimos 30 anos, têm sido vários os esforços para desenvolver novos métodos e técnicas de estudo desta perturbação. No entanto, ainda não existe consenso quanto ao conhecimento com exatidão sobre o que desencadeia a hiperatividade. Porém, é de reiterar que um só fator não origina hiperatividade, sendo necessário um conjunto de fatores para determinar a origem da PHDA.

Vários autores assinalam como principal causa da PHDA problemas neurobiológicos e indicam outros fatores que poderão também influenciar o seu surgimento, nomeadamente a influência do meio ambiente pré-natal e as complicações surgidas durante a gravidez, o

consumo de tabaco, álcool e stress da mãe grávida poderão espoletar os transtornos de conduta (Garcia, 2001). Para além desses fatores, estudos mostram que poderão também ter uma componente hereditária, passando de geração em geração sem terem sido detetados (Phelan, 2005). Outros fatores surgem como potenciais causadores para o aparecimento deste transtorno, como o nível socioeconómico, a situação familiar e as características do trabalho dos pais relacionam-se com os problemas de conduta apresentados pelas crianças. Apesar da diversa pesquisa feita para entender qual a causa principal, ainda não foi possível identificar uma origem específica pelo que poderá ter várias possíveis causas dependendo de cada indivíduo. Há portanto, múltiplos fatores que interagem, conjuntamente a níveis distintos e com diferente intensidade originando assim indivíduos com PHDA com sintomas variados e de difícil diagnóstico.

### 1.3.1 – Fatores Genéticos

De todas as causas conhecidas e estudadas, a hereditariedade ou os fatores genéticos vão ganhando notoriedade em relação às restantes causas consideradas como possíveis, considerando-se como causa de importância mais reduzida o ambiente em que a criança se encontra.

A verdade é que, como nos diz Lopes (2004), há muito tempo que se sabe que os parentes biológicos das crianças que sofrem de PHDA têm tendência para apresentar mais problemas do que os parentes das crianças que não sofrem de qualquer perturbação. Entre os problemas destacam-se: alcoolismo, problemas de conduta, hiperatividade e depressão.

Lopes (2004), sugere ainda um contributo expressivo dos estudos genéticos. Os numerosos estudos efetuados em famílias com PHDA, mostraram um fator familiar significativo para esta perturbação. A hereditariedade reverenciada é alta, excedendo os 70% em alguns destes estudos, o que aponta uma forte influência genética.

Na década de 90 do século XX, surgiram estudos cujos resultados se dirigem para o facto de haver um mecanismo neurológico enviado geneticamente que pode fomentar a perturbação. Sendo então inequívoco o papel desempenhado pela hereditariedade da PHDA, sendo que esta não será causada por um único gene mas, como afirma Selikowitz (2009), por “um complexo conjunto «distúrbio poligenético» (do grego *poly*, que significa

«muitos») ” (p. 141), não podemos pois esquecer que os genes da PHDA são comuns na população em geral, herdados no entanto numa forma extrema.

### *1.3.2 – Fatores Péri e Pré natais*

São poucos os artigos que referem os fatores pré-natais e os peri-natais como causa da PHDA. Estes fatores exercem muitas influências nas perturbações da educação infantil. Salientam-se partos prematuros, baixo peso à nascença, insuficiência respiratória, consumo de álcool e de tabaco no decurso da gravidez entre outros, que se revelam como as grandes causas que originam problemas ao nível do comportamento e hiperatividade.

Nos últimos anos, tem-se utilizado muito o método de observação de grávidas para perceber até que ponto o período pré e peri-natal interfere no comportamento. Vários observadores concluíram que o álcool é uma das causas da hiperatividade. O tabaco está relacionado com o baixo peso e problemas respiratórios e cardiovasculares. No entanto, nada é válido.

Muito embora os fatores pré-natais e peri-natais existam e se manifestem, têm sido para já os fatores externos os principais causadores dos problemas comportamentais. Estas complicações mais do que, causas determinantes, consideram-se fatores de propensão, no sentido em que tornam a criança mais vulnerável à influência negativa de outras variáveis ambientais, tais como as desvantagens sociais e as dificuldades familiares.

### *1.3.3 – Fatores ambientais e psicosociais*

A origem da PHDA é muitas vezes atribuída a fatores sociais e familiares, no entanto mais recentemente chegou-se à conclusão de que a atitude dos pais nada tem a ver com o aparecimento desta perturbação. O clima familiar, problemas graves do casal, o nível socioeconómico, condições de vida e de trabalho precárias dos pais, os seus recursos materiais, assim como os estilos educativos que os adultos adotam têm sido estudados e analisados, uma vez que influenciam de forma significativa o comportamento da criança, sendo que indubitavelmente prejudicam a criança, tornando-a mais vulnerável.

Alguns estudos mostram mesmo que a situação económica e social da família relaciona-se de forma direta com padrões de conduta complicados e observados em crianças e adolescentes. É comum que crianças e adolescentes de níveis sociais mais desfavorecidos apresentem baixos resultados escolares, comportamentos antissociais e até mesmo baixa autoestima, o que por si só não que dizer que explique a hiperatividade.

No entanto, os peritos estão de acordo quando afirmam que as condições sociais não são as mais determinantes, mas sim os seus efeitos psicológicos sobre a família, os comportamentos e atitudes que adotam. Embora o estilo educativo parental e a desorganização familiar sejam ainda indicados como estando na génese da hiperatividade, a verdade é que tais suspeitas não são confirmadas pela literatura científica (Lopes, 2004). O autor acresce ainda que “estes factores constituem um factor de risco para o desenvolvimento de comportamentos disruptivos, como agressividade, oposição ou desafio, mas não certamente para o aparecimento da PHDA.” (p. 144)

#### *1.4. Diagnóstico*

De acordo com o DSM-IV-TR, publicado pela APA (American Psychiatric Association ), a lista de sintomas da PHDA agrupa os sintomas de “Hiperatividade-impulsividade”, mas também os sintomas de “desatenção” (capítulo 1.4). Para o estabelecimento de um diagnóstico, outro facto relevante relaciona-se com a necessidade de realizar o diagnóstico em contextos estruturados, nomeadamente em contexto de sala de aula, uma vez que segundo Lopes (2003:51) é em “ambientes altamente estruturados e orientados para a tarefa, em que as exigências curriculares, comportamentais e cognitivas são altamente acentuadas” que são visíveis determinados padrões comportamentais que podem não ser observados em contexto clínico. Assim, apesar de se continuar a considerar como traços fundamentais a impulsividade, a hiperatividade e a desatenção, a DSM-IV-TR destaca que devem ser feitos períodos observação mais ou menos prolongados em contextos sociais, académicos ou ocupacionais (Lopes, 2003). Para o diagnóstico da PHDA também é necessário que os sintomas se verifiquem em pelo menos dois contextos diferenciados (exemplo: casa e escola), que esses sintomas se revelem antes dos sete anos de idade e que existam provas de interferência no contexto social, académico ou ocupacional, sendo que também não devem resultar de uma desordem de foro psíquico (Parker, 2003).

De acordo com o DSM-IV-TR, a apresentação clínica da PHDA compreende três categorias principais de sintomas: desatenção, impulsividade e hiperatividade. Assim existem três tipos de PHDA, de acordo com os sintomas apresentados pela criança:

- predominantemente caracterizado pela desatenção;
- predominantemente caracterizado pela hiperatividade - impulsividade;
- misto.

A maior parte das crianças é do tipo predominantemente caracterizado pela hiperatividade – impulsividade e misto e é provável que um terço das crianças com PHDA seja do tipo predominantemente caracterizado pela desatenção, não apresentando sintomas de hiperatividade ou de impulsividade (Parker, 2003). As crianças que apresentam sintomas de desatenção são aquelas que apresentam maiores problemas de desempenho escolas, uma vez que tendem a centrar a sua atenção nas atividades do seu agrado, não sendo capazes de manter a atenção nas outras atividades que, segundo a sua perspectiva, não demonstram tanto interesse. As crianças do tipo hiperativo-impulsivo manifestam maiores dificuldades ao nível do comportamento (Selikowitz, 2010). Em relação aos seus pares, são crianças muito mais irrequietas, tendo dificuldades em controlar as suas emoções e comportamentos. Segundo Parker (2003), com o passar dos anos estas crianças tendem a acalmar, designadamente no 1º e 2º CEB, apesar de manterem uma energia constante e de estarem sempre prontas para iniciar uma nova atividade quando a anterior já não lhes desperta interesse.

### *1.5. Intervenção*

Para acompanhar estas crianças de uma forma adequada têm sido realizadas, nos últimos anos, várias investigações com o intuito de definir quais as formas de intervenção mais adequadas. A inexistência de cura para os indivíduos que possuem esta condição de saúde induz à procura de formas e estratégias para se lidar com as situações que estes provocam e procurar mantê-las dentro de limites que não se revelem gravosos para o próprio indivíduo e para com os que com ela vivem (Lopes, 2004).

O tratamento de uma criança com PHDA deve ser ponderado após uma avaliação completa realizada por especialistas e com a certeza do seu diagnóstico. Não deverá ser

usado apenas porque a criança é agitada ou adota um comportamento irrefletido (Falardeau, 1997).

De acordo com Antunes (2009), o tratamento global de uma criança com PHDA envolve a maioria das vezes a combinação de intervenções comportamentais e farmacológicas. Para além disso, implica a participação de todas as pessoas que estão em maior contacto com estas crianças para, através de um maior envolvimento e participação de todos, entender a criança e proporcionar-lhe melhores momentos ao longo do seu crescimento. A intervenção adequada e selecionada pelo especialista assume um papel relevante dado que, poderá permitir a esta criança obter um maior controlo sobre si mesmo, aprendendo a valorizar-se e a reagir da melhor forma às situações que enfrenta no seu dia a dia.

#### *1.5.1. Tratamento farmacológico*

A prescrição de fármacos, quando usada, deverá ser como parte de uma combinação de tratamentos e não como a única forma de tratamento para atenuar a PHDA, podendo ser utilizada apesar de não ser a solução para todos os problemas que surgem em PHDA (Lopes, 2004). A intervenção farmacológica poderá distinguir três grupos de medicamentos: os estimulantes, os tranquilizantes e os antidepressivos. O tipo de medicamento mais utilizado e que tem revelado melhor resultado é o estimulante, sendo os mais usados na intervenção desta perturbação a Ritalina®, Concerta® e Metadate® (metilfenidatos), a Dexedrina®, Adderall® e AdderallXR® (anfetaminas), e o Cylert® (pemolina). Caso seja necessário recorrer a este tipo de intervenção é importante informar os pais sobre as suas indicações terapêuticas, as contraindicações, efeitos secundários e precauções especiais no seu uso. Poderá ser necessário esclarecer algumas ideias erróneas sobre os efeitos da medicação nas crianças com PHDA. O tratamento medicamentoso é único e individual e a indicação terapêutica irá variar de criança para criança com base na sua história e avaliação.

As crianças com PHDA revelam dificuldades ao nível das funções executivas decisivas para o planeamento, organização e exibição de comportamentos complexos durante períodos de tempo prolongados. Segundo *Sosin & Sosin* (2006:84) “está comprovado que, por vezes, as pessoas com DDA podem não produzir dopamina suficiente para o funcionamento ótimo das regiões frontal e pré-frontal do cérebro, que se pensa agirem

como filtro ou “travão” para modular os pensamentos e as suas ações”. Os medicamentos estimulantes irão aumentar o nível de atividade cerebral fazendo com que a criança aumente o seu nível de concentração e consiga ter um maior controlo sobre os seus sintomas (Sousa, 2004). Segundo vários autores é entendida como a intervenção mais eficaz na redução dos sintomas principais da PHDA, nomeadamente na desatenção e hiperatividade no entanto, não resolve o problema. É necessário que a criança, juntamente com a medicação, aprenda a lidar com a sua PHDA, percebendo o seu distúrbio e desenvolvendo estratégias e práticas que a ajudem a funcionar adequadamente na sociedade. O medicamento é usado sobretudo em idade escolar, mas é eficaz em todas as idades, incluindo adultos e crianças em idade pré-escolar, sendo um auxiliar precioso. Segundo Lopes (2004:240), “o uso continuado da medicação só beneficia a criança na relação com os seus colegas, na participação em clubes organizados e em desportos e no comportamento em casa”. Barkley (2008) corrobora referindo que as crianças que realizam o tratamento aumentam a atenção, o poder de concentração, reflexão, resistência à distração, melhorando a aprendizagem e diminuindo o comportamento disruptivo e inadaptado. Demonstrando um comportamento notoriamente melhor há uma diminuição da punição e rejeição dos colegas e professores aumentando as possibilidades de uma melhor adaptação escolar e de um maior sucesso pessoal e académico.

No entanto, Sousa (2004) refere que, há fatores a considerar antes de se iniciar esta prova terapêutica até porque a utilização de fármacos poderá trazer efeitos secundários que poderão também ser visíveis na criança. Segundo o Índice Nacional Terapêutico (2007) estimulantes como por exemplo a Ritalina® poderão, para além de ajudar o aluno na sua problemática, provocar nervosismo e insónia, diminuição de apetite, cefaleias, sonolência, tonturas e discinésia. Para além deste estimulante, os restantes acima referidos possuem também efeitos secundários que terão que se ter em conta na altura da escolha desta intervenção. Analisar a possibilidade de utilização de outras formas de intervenção que não seja a farmacológica, avaliar a severidade dos sintomas e alterações comportamentais na procura de confirmar o tipo de intervenção é fundamental. O constante diálogo com pais e troca de informação perante a necessidade de uma intervenção farmacológica e seus efeitos a curto e longo prazo será preponderante para os próprios pais escolherem o que entendem ser o melhor para o seu filho.



### 1.5.2 Intervenção parental

O facto de existir uma criança hiperativa na família poderá desencadear muitas inseguranças e angústias nos pais. O comportamento da criança dentro ou fora de casa e os juízos que as pessoas poderão fazer quando se confrontam com estes comportamentos aumentam as suas incertezas quanto ao seu papel como pais. Torna-se necessário, após a identificação da PHDA na criança, a família entender o significado desta perturbação, e capacitar-se de sugestões concretas para a ajudar a evoluir neste problema. O diálogo com especialistas sobre as suas angústias, características e formas de intervir é fundamental para ajudar os pais a entender como podem agir e comunicar com a sua criança. *Barkley* (2008), refere a possível necessidade de alguns pais frequentarem formação destinada para pais, uma vez que, poderá ser útil para, em conjunto com outras intervenções, harmonizar o ambiente no lar. A frequência destes cursos possibilitará aos pais aumentarem os seus conhecimentos sobre a patologia, desmistificarem algumas dúvidas erróneas que possuíam e prover-se de estratégias para prevenir, reduzir ou eliminar algum problema de conduta que a criança possa apresentar.

Perante o seu comportamento agitado, a sua impulsividade e a característica de viver do presente, torna-se necessário intervir imediatamente perante algumas situações quer seja para a recompensar ou para a punir. Dado que as crianças hiperativas esquecem as coisas muito facilmente, a intervenção terá que ser imediata correndo o risco de, se caso esperarmos, que a recompensa ou a punição não surtam qualquer efeito. Estas crianças preferem obter várias recompensas pequenas em vez de uma grande recompensa que virá mais tarde. As punições curtas, deverão portanto ser usadas com o intuito de a criança entender que o que fez está errado mas, quando realiza algo certo é muito importante que a criança receba como feedback incentivos positivos que podem ser dados na forma verbal, afeto físico ou de recompensas materiais. Estes feedbacks positivos terão que ser dados com maior frequência em relação a outras crianças incentivando a manutenção da sua atenção, do bom comportamento, da realização da atividade e aumentando a sua autoestima. (Falardeau, 1997).

A criança com PHDA tem dificuldade em organizar um discurso interno que lhes permita reconstituir os acontecimentos, rever os erros e procurar alternativas, o que faz com que os pais assumam um papel de monitorização do seu comportamento tendo portanto que ser pais estáveis, firmes, coerentes, compreensíveis e disponíveis (Lopes, 2004). A sua atitude perante esta criança será distinta daquela que teria perante uma criança sem

PHDA. As instruções dadas terão que ser ditas uma de cada vez, olhando-a nos olhos para ter a certeza que realmente ouviu e pedindo posteriormente para repetir para confirmar que ela realmente compreendeu. A formulação de várias instruções ao mesmo tempo apenas fará com que a criança se esqueça não fazendo, possivelmente nenhuma delas.

A utilização de regras não é usual nestas crianças, pelo que, ao longo do seu crescimento irão mostrar muitos comportamentos errados onde os pais tentarão corrigir-lhe tudo e chamar à atenção. Para evitar o distanciamento entre pais e filhos e para construir um ambiente de bem-estar no lar é necessário que os pais negoceiem com filhos e distingam entre o que é verdadeiramente importante e o que podem propositadamente ignorar (Antunes, 2009). A negociação deverá ser usada como um instrumento para mostrar a estas crianças que há realmente comportamentos e regras que terão que cumprir não só no presente, mas também no seu futuro. Neste diálogo de cumprimento de regras ou tarefas deverão ficar ambas as partes satisfeitas com o contrato feito. As crianças com PHDA têm uma dificuldade na negociação visível não só em casa mas também no recreio da escola, procurando impor os seus pontos de vista sem ter em conta o que os outros pensam sendo, conseqüentemente, consideradas egoístas e pouco tolerantes.

Ter crianças com PHDA é uma preocupação diária para os pais, no entanto, estes não devem esquecer que é importante cuidarem da sua saúde física e mental, não sendo necessário concentrarem-se exclusivamente na criança. Pais cansados, deprimidos e ansiosos não ajudam a criança nem lhes darão ânimo, como pais, para continuar o seu projeto de parentalidade que querem sentir bem sucedido.

### *1.5.3. Intervenção Escolar*

O registo do insucesso escolar das crianças com PHDA é uma realidade sendo importante tomar as atitudes necessárias para que a criança alcance bons resultados a nível académico. A existência de uma criança com PHDA na sala de aula exige do professor um maior conhecimento desta perturbação para posteriormente adequar as estratégias no contexto de sala de aula. A distração nestas crianças é uma das características que o professor terá que enfrentar no dia a dia. A manutenção da sua atenção é necessária para que permaneça motivada, concentrada e calma na realização

do seu trabalho mostrando assim todo o seu potencial (Antunes, 2009). O professor terá que alterar o espaço de sala de aula, tendo em atenção a localização de objetos ou mesmo da posição dos colegas da turma. A desorganização impera numa mesa e no chão em volta da criança hiperativa, tendo que haver um trabalho inerente para a aprendizagem da manutenção da organização no seu espaço. As estratégias do professor para a disposição dos conteúdos serão de maior importância visto que, uma aula mais viva, interessante, dada por um professor que é bom comunicador, que use material mais atraente e que envolva todos os alunos na procura de soluções às questões levantadas por conteúdos que estão a abordar, tornará mais fácil a manutenção da atenção (Falardeau, 1997).

O trabalho a realizar na sala de aula terá que ser adequado à criança sendo necessário realizar, possivelmente, alterações na quantidade e duração de cada atividade. Os métodos de avaliação deverão, também, ser ajustados às suas características evitando resultados negativos que poderão ser ultrapassados se forem identificadas as dificuldades da criança e o melhor método de avaliação que se adequa a ela. A utilização de hábitos e aprendizagem de métodos de estudo para a organização dos trabalhos é uma necessidade para crianças com PHDA. A existência de tutores, quer sejam os pais ou colegas de escola, com o intuito de ajudar na organização do seu trabalho e no processo de aprendizagem poderá ser positivo e originar melhores resultados a nível académico (Barkley, 2008).

Perante um conceito de normalidade que as crianças com PHDA entendem e que se afigura diferente para os seus pares, as que possuem esta patologia agem por impulso originando um comportamento desregrado incomodativo para quem com ela brinca ou procura encaminhá-la para a construção da aprendizagem. *Polis* (2008:31) referia que “andava sempre confuso e sofria de baixa autoestima, porque não sabia o que estava a fazer de errado. Na minha maneira de ver, eu agia normalmente - era o meu conceito de normalidade não o das outras pessoas”. Qualquer comportamento que a criança demonstre na sala de aula, deve-lhe ser explicado que tem uma consequência que poderá traduzir-se em reforços positivos para a manutenção do comportamento adequado ou em reprimendas que poderão compreender variadas formas. A altura apropriada para a utilização de reforços positivos ou de reprimendas é no momento em que este aconteceu visto que, estas crianças não tendo uma noção do tempo esquecem-se facilmente do que fizeram.

Para procurar responder da melhor forma a determinados comportamentos das crianças com PHDA, o professor poderá recorrer a formação adicional ou informar-se no seu agrupamento sobre a existência de formações que lhe poderão ser úteis.

Segundo *Barkley* (2008), estas formações poderão ser uma ferramenta valiosa mostrando aos professores diversas estratégias para intervir de forma proactiva ou de forma reativa, propiciando uma mudança de comportamento. A intervenção de forma proactiva irá permitir ao professor manipular os eventos antecedentes para impedir a ocorrência de comportamentos desafiadores. Alternativamente, as estratégias reativas traduzem-se na implementação de consequências após um comportamento já realizado. A preferência do professor para incidir a sua atenção nos comportamentos negativos, em detrimento dos positivos fará com que a criança com PHDA seja sempre chamada à atenção na sala de aula e no recreio, sendo castigada constantemente. É normal que a criança com PHDA ao longo do seu crescimento, passe por frustrações com os trabalhos da escola, por desilusões, por problemas em fazer ou manter amigos, por ouvir comentários de uma forma geral negativos e por ter uma vaga noção de que é diferente de todas as outras crianças. Tais situações irão abalar a autoestima da criança e farão com que esta construa um conceito desacertado de si mesmo não correspondendo de todo à realidade uma vez que, estes alunos poderão possuir vários talentos (Sosin & Sosin, 2006). A alteração deste sentimento pressupõe um esforço de todos os que estão junto da criança e da própria criança para aumentar a sua autoestima e reformular o seu autoconceito. Para além de reforços positivos e elogios que poderão ser usados para valorizar o seu trabalho e comportamento, é importante que esta entenda que o seu valor enquanto pessoa não depende do seu comportamento e que nenhuma pessoa vai gostar menos dela por causa disso.

A intervenção escolar tem um papel extremamente importante no desenvolvimento do aluno com PHDA. A utilização de estratégias adequadas irá permitir-lhe diminuir as suas dificuldades e evidenciar as suas potencialidades de forma a aumentar o seu sucesso académico, tão difícil de atingir para alguns alunos hiperativos.

Em síntese, através deste capítulo procuramos analisar sobre a PHDA nomeadamente no que concerne à evolução do conceito até à atualidade, às suas principais características e às intervenções que poderão ser utilizadas para ajudar estes alunos a controlar os seus sintomas. Os sintomas de hiperatividade, impulsividade e falta de atenção (APA, 2002) que a criança não consegue controlar de espontânea vontade irão

trazer-lhe alguns infortúnios ao longo do seu crescimento. Normalmente visualizados na sua maior expressão, na escola, é aí que os alunos começarão a ter um maior número de repreensões. A sua problemática não lhes permite respeitar as normas de um espaço como a escola e a sala de aula, dando origem a comportamentos que colocarão à prova qualquer docente. A sua falta de atenção não permitirá a realização correta dos trabalhos, para além de que, aliada à impulsividade e hiperatividade temos um aluno irrequieto, que incomoda os colegas, que não consegue esperar pela sua vez a responder a qualquer questão, que não consegue ouvir os colegas e que está constantemente a falar ou distraído com uma imagem, um objeto ou um som que cativou a sua atenção. Consequentemente, estes comportamentos irão traduzir-se no insucesso escolar, na constante repreensão do professor e na sua dificuldade em fazer e manter amigos. O impacto no seu desenvolvimento pessoal fará também sentir-se traduzindo-se num erróneo conhecimento de si mesmo, no aumento da frustração e no desenvolvimento de uma autoestima baixa. De acordo com o que se tem verificado, não há cura para esta perturbação, no entanto, há formas de intervir para amenizar as consequências dos seus atos. Essas intervenções poderão ajudar o aluno a conhecer-se melhor e a controlar o seu comportamento para realizar as atividades como pretende, mantendo uma boa autoestima e bons relacionamentos com os seus colegas, pais e familiares mais próximos. A existência de várias intervenções permite aos especialistas, de acordo com a avaliação realizada da criança, escolher qual ou quais serão as mais adequadas. A intervenção farmacológica, a intervenção parental e a intervenção escolar poderão ser assim utilizadas para ajudar a criança com PHDA. Dado que o aluno com PHDA passa a maior parte do tempo na escola, na sala de aula, a intervenção escolar torna-se importante neste espaço e surge como necessária para o apoio destas crianças. Este tipo de intervenção pressupõe que o docente se liberte de todos os mitos que construiu em relação a PHDA e se debruce no conceito desta patologia, nas suas características, consequências e estratégias a utilizar na sala de aula para que este aluno consiga construir as suas aprendizagens.

A PHDA é assim uma problemática onde uma intervenção adequada depende totalmente de uma rigorosa avaliação e diagnóstico. Só a partir de uma avaliação desse tipo é que se pode partir para uma intervenção que apoie verdadeiramente o aluno. Um aluno bem apoiado e entendido irá conseguir ultrapassar os seus problemas e crescer construindo as suas aprendizagens ativamente e construtivamente.

## Capítulo 2

### 1. A Musicoterapia

“A música é uma linguagem e, para as crianças, ela pode ser uma linguagem estimulante, uma linguagem confortadora. Ela pode encorajar, animar, encantar e falar com a parte mais interna da criança. A música pode fazer perguntas estimulantes e dar respostas satisfatórias. Ela pode ativar e, em seguida, manter a atividade por ela evocada. A música certa, utilizada com discernimento, pode retirar a criança incapacitada dos limites de sua patologia e coloca-la num plano de experiência e recção, onde esta estará consideravelmente livre de disfunções intelectuais ou emocionais.” (Nordoff e Robbins 1971, referido por Ruud em 1990).

#### 1.1. Introdução ao conceito da Música

Para Bréscia (2003), a música é uma linguagem universal, que faz parte da história da humanidade desde as primeiras civilizações. De acordo com dados antropológicos, as primeiras músicas seriam usadas em rituais, como: nascimento, casamento, morte, recuperação de doenças e fertilidade. Com o desenvolvimento das sociedades, a música também passou a ser utilizada em louvor a líderes, como a executada nas procissões reais do antigo Egito e na Suméria.

Na Grécia Clássica era obrigatório o ensino da música, e há indícios de que já naquela época havia orquestras. Pitágoras de Samos, filósofo grego da Antiguidade, ensinava como determinados acordes musicais e certas melodias criavam reações definidas no organismo humano. Pitágoras, referido por Bréscia em 2003, comprovou que a sequência correta de sons, quando tocada num instrumento, pode alterar padrões de comportamento e desenvolver um processo de cura.

Atualmente existem diversas definições para música. Mas, de um modo geral, é encarada como uma ciência e uma arte, na medida em que a ciência se manifesta nas relações entre os elementos musicais que são relações matemáticas e físicas e a arte que se manifesta pela escolha dos arranjos e combinações.

António Vitorino D’Almeida, na sua obra “*O que é a música*”, refere que a música é um fenómeno vibratório que atua na nossa sensibilidade com uma extraordinária força e eficiência. Devido ao seu poder, a música exerce uma influência única no indivíduo, qualquer que seja o seu propósito: alegria, tristeza, exaltação cívica ou recolhimento

religioso. A música surge da mente do indivíduo, das suas emoções, o que confere um poder magnético de atingi-lo. Benezon (1985) refere que a música poderá despertar no indivíduo a comunicação, a identificação, a fantasia, a expressão pessoal e conduzi-lo ao autoconhecimento.

A utilização da música tem por objetivo conservar a saúde, a felicidade e o conforto do Homem. Uma música com qualidade pacifica o ser humano, criando nele padrões saudáveis de pensamento, sentimento e ação, renovando a harmonia e o ritmo do corpo, das emoções e do espírito. A música exerce uma força no Homem tanto a nível físico como psíquico. Recorrendo à musicoterapia, este poder que a música possui é utilizado para atingir fins terapêuticos no sentido de manter, restaurar e melhorar o funcionamento físico, cognitivo, emocional e social dos indivíduos.

De acordo com Weigel (1988) a música é composta basicamente por: som, ritmo, melodia e harmonia. O som relaciona-se com as vibrações audíveis e regulares de corpos elásticos, que se repetem com a mesma velocidade, como as do pêndulo do relógio. As vibrações irregulares são denominadas ruído; o ritmo é o efeito que se origina da duração de diferentes sons, longos ou curtos; a melodia é a sucessão rítmica e bem ordenada dos sons; a harmonia: é a combinação simultânea, melódica e harmoniosa dos sons.

Para Wilhems cit Gainza (1988, p. 36) “Cada um dos aspetos ou elementos da música corresponde a um aspeto humano específico, ao qual mobiliza com exclusividade ou mais intensamente: o ritmo musical induz ao movimento corporal, a melodia estimula a afetividade; a ordem ou a estrutura musical (na harmonia ou na forma musical) contribui ativamente para a afirmação ou para a restauração da ordem mental no homem.”

### *1.2. Caráter terapêutico da Música*

Para Bréscia (2003) a música enquanto terapia é um processo de construção do conhecimento, que tem como objetivo despertar e desenvolver o gosto musical, favorecendo o desenvolvimento da sensibilidade, criatividade, senso rítmico, do prazer de ouvir música, da imaginação, memória, concentração, atenção, autodisciplina, do respeito ao próximo, da socialização e afetividade, também contribuindo para uma efetiva consciência corporal e de movimentação.

É considerada por diversos autores como uma prática cultural e humana, tendo em consideração que, na atualidade, qualquer sociedade possui manifestações musicais próprias. Embora nem sempre seja feita com esse objetivo, a música pode ser considerada como uma forma de arte, entendida então, como a sua principal função.

A música possui “uma certa força e poder de ação sobre o ser humano (...)” (Ribas, 1957) e no século XIX esta modalidade começou a ser observada em laboratórios. De acordo com este autor, a música é “a arte que mais se aproxima da criança” e perante a ocorrência de estímulos sonoros súbitos e fortes, o recém – nascido reage; aos dois anos e meio, a criança distingue o som musical de ruído e já procura cantar.

A música enquanto terapia permite que a criança se conheça melhor a si mesma, desenvolvendo a sua noção de esquema corporal, permitindo também a comunicação com o outro. Weigel (1988) e Barreto (2000) afirmam que as atividades musicais podem contribuir de maneira indelével como reforço no desenvolvimento cognitivo/ linguístico, psicomotor e sócio afetivo da criança, da seguinte forma:

Desenvolvimento cognitivo/ linguístico: a fonte de conhecimento da criança relaciona-se com as situações em que ela tem oportunidade de experimentar no seu dia a dia. Dessa forma, quanto maior a riqueza de estímulos que ela receber melhor será seu desenvolvimento intelectual. Nesse sentido, as experiências rítmicas musicais que permitem uma participação ativa (ver, ouvir, tocar) favorecem o desenvolvimento dos sentidos das crianças. Ao trabalhar com os sons ela desenvolve sua acuidade auditiva; ao acompanhar gestos ou dançar ela está a trabalhar a coordenação motora e a atenção; ao cantar ou imitar sons ela está a descobrir suas capacidades e estabelecer relações com o ambiente em que vive.

Desenvolvimento psicomotor: as atividades musicais oferecem inúmeras oportunidades para que a criança aperfeiçoe a sua habilidade motora, aprenda a controlar seus músculos e mova-se com agilidade. O ritmo tem um papel importante na formação e equilíbrio do sistema nervoso. Isto porque toda expressão musical ativa age sobre a mente, favorecendo a descarga emocional, a reação motora, aliviando as tensões. Qualquer movimento adaptado a um ritmo é resultado de um conjunto completo (e complexo) de atividades coordenadas. Por isso atividades como cantar, fazer gestos, dançar, bater palmas, pés, são experiências importantes para a criança, pois elas permitem que se desenvolva o senso rítmico, a coordenação motora, fatores importantes também para o processo de aquisição da leitura e da escrita.



Desenvolvimento sócio afetivo: a criança aos poucos vai formando sua identidade, percebendo que é diferente dos outros e ao mesmo tempo procura integrar-se com os outros. Nesse processo a autoestima e a autorrealização desempenham um papel muito importante. Através do desenvolvimento da autoestima ela aprende a aceitar-se como é, com suas capacidades e limitações. As atividades musicais coletivas favorecem o desenvolvimento da socialização e estimula a compreensão, a participação e a cooperação. Dessa forma, a criança vai desenvolvendo o conceito de grupo. Além disso, ao expressar-se musicalmente em atividades que lhe dão prazer, ela revela os seus sentimentos, libera as suas emoções e desenvolve um sentimento de segurança e autorrealização.

É importante salientar a importância de se desenvolver a escuta sensível e ativa nas crianças. Para Mársico (em 1982), as possibilidades de desenvolvimento auditivo tornam-se cada vez mais reduzidas, sendo as principais causas o predomínio dos estímulos visuais sobre os auditivos e o excesso de ruídos envolventes que se convive frequentemente. Por isso, é fundamental fazer uso de atividades musicais que explorem o universo sonoro, levando as crianças a ouvir com atenção, analisando, comparando os sons e procurando identificar as diferentes fontes sonoras. Isso irá desenvolver sua capacidade auditiva, exercitar a atenção, concentração e a capacidade de análise e seleção de sons.

A música, ao longo dos tempos tem sido apontada como um recurso terapêutico complementar que compreende várias dimensões do indivíduo. A Física, através do relaxamento muscular, procura aliviar a ansiedade e a depressão, facilitando a participação em atividades físicas. A dimensão psicológica e mental, que reforça a identidade, o autoconceito, promovendo a expressão verbal e favorecendo a fantasia. A dimensão social, que promove a participação em grupo, através do entretenimento e da discussão. E a dimensão espiritual, que facilita a expressão e o conforto espiritual, a expressão de dúvidas, a raiva e o medo.

Tendo em conta que existem indivíduos que apresentam deficiências ou problemas físicos, mentais ou de integração social, deve-se enfatizar a importância e o poder que música exerce no desenvolvimento integral do Homem. Nestes casos, a função da Música é ampliada para dar lugar ao caráter terapêutico que ela tem. Neste sentido a musicoterapia é uma disciplina paramédica que utiliza o som, a música e o movimento para desenvolver nos indivíduos efeitos progressivos de comunicação, com o objetivo de

empreender através deles o processo de inclusão e de recuperação do paciente na sociedade.

### *1.3. Musicoterapia: definição*

Segundo a Federação Mundial de Musicoterapia (1996):

“A musicoterapia é a utilização da música e os seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia) por um profissional qualificado, com um paciente ou em grupo, num processo para facilitar e promover a comunicação, relação, aprendizagem, mobilização, expressão, organização e outros objectivos terapêuticos relevantes no sentido de alcançar necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas”

A musicoterapia é a utilização da música e/ou dos seus elementos constituintes como o ritmo, a melodia e a harmonia, por um musicoterapeuta, com um cliente ou grupo, num processo destinado a facilitar e promover a comunicação e o relacionamento interpessoal, a mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, dando resposta as necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas. A musicoterapia procura desenvolver potenciais e/ou restaurar funções do indivíduo para que ele alcance uma melhor qualidade de vida, através de prevenção, reabilitação ou tratamento (World Federation of Music Therapy).

A terapia utilizando a música como instrumento é tão antiga quanto a necessidade do Homem de aliviar ou curar as suas dores, de alma e do corpo, podendo-se até afirmar que é mais antiga do que a música enquanto arte.

Queiroz, em 2000, afirma que os registos na Grécia, Índia e China referem-se à música como um importante elemento da religião do Homem com a harmonia, sendo estas as fontes mais importantes de cultura da Humanidade, pelo menos até onde vai a análise história.

Os primeiros registos sobre experiências técnicas e práticas com a Música remontam a Grécia Antiga com Pitágoras. Este autor falava do uso do som para determinadas finalidades, de cura física de transformação emocional ou criação de um estado mental favorável à consciência elevada. A ligação harmoniosa entre a música e o pensamento humano, Pitágoras chamou “Harmonia das Esferas”. A musicoterapia parece ter precedido à música enquanto arte, arte esta como expressão estética pessoal ou social.

Atualmente a musicoterapia, como ciência é mais recente, sendo que o seu desenvolvimento foi mais acentuado a partir da 2ª guerra mundial, onde nos hospitais utilizavam a música para a recuperação e reabilitação dos feridos de guerra, nos Estados Unidos. A partir daí, vários investigadores têm-se debruçado sobre a relação estabelecida entre o som e o ser humano, a sua dinâmica e o seu efeito terapêutico. Em Portugal a Associação Portuguesa de Musicoterapia foi criada em 1996.

#### *1.4. Os objetivos da Musicoterapia*

A musicoterapia por si só é uma terapia que tem como objetivo fins terapêuticos, estabelecendo uma interação entre o indivíduo, a música e o musicoterapeuta.

Segundo Wigram (2000), a musicoterapia tem como objetivos essenciais a estimulação física e psicológica, a consciência perceptiva, a expressão emocional, a capacidade comunicativa e cognitiva, o comportamento social e as capacidades individuais. Estes objetivos estão patenteados nas orientações fundamentais da musicoterapia: a orientação comportamental, a psicodinâmica e a humanística. A orientação comportamental utiliza a música como um reforço, como um meio de implementar, modificar ou extinguir comportamentos, pressupondo desta forma que seja utilizada como estímulo para modelar o comportamento dos indivíduos. A orientação psicodinâmica, recorre à música para o tratamento, reabilitação, educação e treino de indivíduos que possuem desordens físicas, mentais ou emocionais. A música funciona como um elemento intermediário que necessita de ser interpretado de forma consciente, para ser utilizado terapeuticamente. A orientação humanística usa a música como forma de improvisação criativa como finalidade para alcançar respostas musicais que desenvolvam potencialidades expressivas e comunicativas que nos são inatas.

A musicoterapia com algumas modificações, pode ser também aplicável noutras situações clínicas, pois tem no seu principal campo da ação a psicologia. Para Fregtman (1989) esta técnica terapêutica possibilita a mobilização do fluxo energético estagnado libertando as emoções, os pensamentos, ideias, valores entre outros, flexibilizando ou mesmo desbloqueando as carapaças criadas nos indivíduos, podendo desta forma libertar, expressar, reconhecer, reestruturar e até modificar-se a nível de conteúdos internos, envolvendo capacidades sensoriomotoras, percetivas e cognitivas, criando outras formas de comunicação.

Segundo Rudd (1990), a musicoterapia possui quatro funções fundamentais: serve de estímulo para um melhor desenvolvimento motor e cognitivo, favorece a expressão de sentimentos, estimula o pensamento e a reflexão sobre si mesmo, podendo levar à autorrealização pessoal e é um meio e forma de comunicação que estimula as habilidades sócio comunicativas e de interação.

Para além do que já foi descrito, a musicoterapia principalmente em crianças autistas tem outros objetivos como o de aumentar os canais de comunicação, ampliar a interação com o mundo, tentar o contato visual e tátil, diminuir a hiperatividade, promover a interação de atividades antes rejeitadas, facilitar a entrada de outros profissionais no tratamento e melhorar a qualidade de vida do autista e de sua família.

## Capítulo 3

### 1. A Musicoterapia no Processo Educativo de Crianças com PHDA

*“Em terapia a música é um meio, não um fim.”* (Bañol, 1993)

A arte apresenta uma função básica na área da psicopedagogia, ou seja, uma função educacional sendo uma de prevenção e seleção ligadas ao estudo psicológico da produção do som, e outra terapêutica que a educação especializada procura introduzir através da reeducação.

Através da pesquisa da conduta musical de uma criança, analisando o seu comportamento espontâneo e da observação das suas rotinas, torna-se mais fácil a implementação de qualquer terapia. Neste sentido, torna-se possível utilizar uma pesquisa na prevenção, pela mediação artística, de certos comportamentos inadaptados em crianças com dificuldades.

De uma forma concreta, os educadores podem utilizar o que as pessoas produzem, como um objeto de estudo de modo a descobrir a forma mais rápida para aceder ao processo de aquisição e desenvolvimento. Esta criatividade pode conduzir a uma experiência cultural, possibilitando que certas pessoas excluídas possam ter um espaço social, surgindo, assim, um reconhecimento de diferenças.

Segundo Bañol (1993), “a musicoterapia na educação pode ser utilizada para melhorar o nível de concentração, diminuir o cansaço e o stress diário”. Desta forma, entende-se que tudo o que é acompanhado com música fica gravado com mais profundidade no espírito, permitindo ultrapassar dificuldades físicas, mentais e/ou sociais.

Para muitos cientistas, a terapia musical é encarada como sendo capaz de realizar verdadeiras transformações no humor. Por exemplo, o som do piano permite combater a depressão e a melancolia; o do violino a insegurança; enquanto os metais como o trompete e o saxofone inspiram coragem e impulsividade. Assim, defende-se a realização de trabalhos com musicoterapia na escola para redução do cansaço fadiga ou irritação, assim como a manutenção da atenção. Esta prática pode ser complementada com outra terapia alternativa, a critério da sensibilidade e formação do terapeuta.

Os estudos sobre a influência da música no comportamento humano categorizam dois estilos de música: música sedativa e estimulante. O estilo sedativo compreende os compassos lentos, com harmonias simples e leves variações da dinâmica musical.

Caracteriza-se por tornar suave a atividade física e aumentar a capacidade contemplativa do ser humano. O estilo estimulante caracteriza-se por tempos mais rápidos, por harmonias mais complexas e mudanças repentinas na dinâmica musical, o que produz a sensação de aumento do estado de alerta e pré – disposição à atividade motora e, conseqüentemente, uma maior ativação mental.

Assim, Gaston (1968) realizou uma pesquisa em contexto de sala de aula para verificar o efeito estimulante e sedativo da música. Para o efeito, utilizou a 9ª Sinfonia em Mi Menor, de A. Dvorák (do Novo Mundo) como música estimulante, e a Ária da 4ª Corda de J. S. Bach como sedativa. Estes investigadores pesquisaram acerca do facto de diversas crianças não prestarem a devida atenção ao que lhes é ensinado e, conseqüentemente, não terem um bom desempenho escolar apresentando, com frequência, desajustes sociais. Deste modo, optou-se pela utilização da música de fundo com o objetivo de aumentar o desempenho das crianças em contexto de sala de aula.

Por outro lado, Del Campo (1997) estudou o desenvolvimento das áreas corticais com representação sensorial e do córtex auditivo dominante, tendo sido proposto o contacto “orientado” da criança com a música, particularmente com o envolvimento de tarefas motoras, o que favorece o desenvolvimento das áreas corticais sensoriais e frontais e promove uma maior eficiência no planeamento e execução de tarefas.

Conclui-se, assim que através da musicoterapia, é possível obter resultados ao nível da alteração de comportamento e da manutenção da atenção em crianças hiperativas. No entanto, é fundamental reconhecer as características de cada criança, os seus gostos e a sua reação perante diferentes estímulos.

### *1.1. A musicoterapia no processo de inclusão*

“O papel da musicoterapia nas escolas é a utilização fundamental da música para atingir o progresso dos alunos nas áreas académicas, sociais, motoras ou da linguagem. Musicoterapia para crianças especiais lida com comportamentos inadequados ou incapacidades e funções, como um serviço integrado, um serviço de apoio que auxilia a criança deficiente a se beneficiar da educação especial” (Alley, 1979, cit. Bruscia, 2000)

Musicoterapia é a utilização da música e/ou de seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia), por um musicoterapeuta qualificado, com um cliente ou grupo, num processo sistematizado de forma a facilitar e promover a comunicação, o relacionamento social, a

aprendizagem, a mobilização, a expressão, e organização de processos psíquicos ou outros objetivos terapêuticos relevantes de modo a satisfazer as necessidades físicas, emocionais, cognitivas e sociais. A musicoterapia pretende desenvolver o potencial e/ou restaurar funções do indivíduo para que ele alcance uma melhor integração e consequentemente uma melhor qualidade de vida, através da prevenção, reabilitação ou tratamento (Federação Mundial de Musicoterapia, 1996). A musicoterapia tem como principais objetivos, promover o bem estar, gerir o stress, aliviar a dor, expressar sentimentos, melhorar a capacidade de memória e consequentemente a de aprendizagem, a aquisição de técnicas de comunicação, promover a coordenação, promover a reabilitação física e promover comportamentos sociais.

Para estas crianças, a música é assim a primeira técnica de aproximação, já que é o enquadramento não-verbal que permite a estas crianças estabelecerem canais de comunicação. Para que o trabalho com estas crianças seja favorável é necessário criar estímulos que produzam anamnese do período embrionário que a criança se encontra. Para Benezon (1981), o estado embrionário em que se encontra estas crianças caracteriza-se pelos comportamentos que ela tem em defesa contra os medos do mundo que a rodeia e que para ela é desconhecido. Estudos demonstram que torna-se benéfico o recurso a estímulos musicais no sentido de motivar crianças autistas, uma vez que esta produz respostas efetivas, permitindo que se envolvam em atividades de socialização e desenvolvimento da linguagem. A música pode ainda proporcionar um ambiente favorável ao desenvolvimento da curiosidade e do espírito exploratório, características fundamentais no processo de inclusão.

Pelo seu carácter lúdico da música e da sua livre expressão, não apresentam pressões e são uma forma de aliviar e relaxar a criança, contribuindo para o envolvimento social, despertando noções de respeito e consideração pelo outro e favorecendo a cooperação e a comunicação (Padilha, 2008). Para além disso, servem como estímulo à realização de movimentos específicos, contribuem na organização do pensamento e abrem espaço para outras aprendizagens.

### *1.2. O Educador/ professor enquanto musicoterapeuta*

A música, o som, o ritmo, a melodia e a harmonia são recursos terapêuticos muito antigos. Desde Pitágoras a Platão que a música vem sendo cada vez mais incorporada

às práticas alternativas e terapêuticas. Os musicoterapeutas acreditam que a técnica pode ajudar no equilíbrio e na saúde física, mental, emocional e energética.

Cada ser humano é único tem uma experiência física, emocional, mental e cognitiva, próprias e individual. A sua interação com o universo sonoro envolvente, interna e externamente, amplia as possibilidades de se expressar, promovendo um estado de maior equilíbrio consigo mesmo e, conseqüentemente, com o outro. A música e seus elementos constitutivos são altamente expressivos e carregados de significados individuais e coletivos. Sendo inerente ao ser humano, a linguagem rítmico-sonoro-musical é capaz de estimular e despertar emoções, reações, sensações e sentimentos.

A música ajuda na expansão de percepções, proporcionando o contato com áreas do psiquismo praticamente esquecidas pela negação do si mesmo. Atua desbloqueando e facilitando a emergência de conteúdos psíquicos profundos, propiciando a expressão e a comunicação dos próprios desejos e necessidades.

Terapeuticamente, a música faz com que a criança expresse as suas ansiedades, tensões, desejos e alegrias. Entra em contato direto com as emoções e sentimentos interiorizados que, muitas vezes, estão bloqueados pela inibição, pela ansiedade e pela falta de estímulo.

O papel do musicoterapeuta é proporcionar um caminho tranquilo para que a criança elabore as suas limitações e descubra, dentro de si, o ser sensível e traumático que é, uma vez que a técnica ajuda a equilibrar os ritmos interno e externo do SER.

O musicoterapeuta atua avaliando o bem-estar emocional, a saúde física, o comportamento social, as habilidades comunicativas e funções cognitivas através de respostas musicais, planifica estratégias individuais ou coletivas, baseadas nas necessidades da criança e utiliza como instrumento a improvisação, audição musical receptiva, composição de canções, análise lírica, música e imagens.

O processo da musicoterapia pode desenvolver-se de acordo com vários métodos. Alguns são receptivos, quando o musicoterapeuta toca música para a criança. Este tipo de estratégia normalmente limita-se a crianças com grandes dificuldades motoras ou em apenas uma parte do tratamento, com objetivos específicos. Na maior parte dos casos a musicoterapia é ativa, ou seja, a própria criança toca os instrumentos musicais, canta, dança ou realiza outras atividades junto com o terapeuta.



A forma como o musicoterapeuta interage com as crianças depende dos objetivos do trabalho e dos métodos que ele utiliza. Em alguns casos o tempo dedicado à terapia é gravado e o terapeuta realiza improvisações ou composições sobre os temas apresentados pela criança. Alguns musicoterapeutas procuram interpretar musicalmente a música produzida durante a sessão. Outros preferem métodos que utilizem apenas a improvisação sem a necessidade de interpretação. Os objetivos da produção durante uma sessão de musicoterapia são não-musicais, por isso não é necessário que a criança possua algum treino musical para que possa participar deste tratamento.

A atividade do Educador/Professor enquanto musicoterapeuta, pode ultrapassar as fronteiras da intervenção clínica, posicionando-se em projetos de promoção e manutenção de bem-estar dirigidas a crianças saudáveis ou com necessidades educativas especiais. Recorrendo apenas a um som, a um ritmo, escolher uma música conhecida ou preferida da criança, proporcionará momentos de interação e comunicação. O Educador/Professor, enquanto dinamizador da atividade pedagógica na sala de aula pode ainda conceber espaços onde a criança tenha a possibilidade de desenvolver a sua música. Tudo depende da vontade da criança e dos objetivos do docente.

## **PARTE II – ENQUADRAMENTO PRÁTICO**

## Capítulo 1 – Metodologia de Investigação

### 1 – Introdução

Este trabalho apresenta-se como um estudo que pretende analisar quais as percepções dos professores do 3º CEB, independentemente de terem ou não contacto com crianças com PHDA em contexto de sala de aula, sobre diferentes aspetos relacionados com este distúrbio.

De seguida serão apresentadas: as hipóteses formuladas; os objectivos; o instrumento de investigação; a aplicação e recolha do questionário; e os procedimentos estatísticos deste estudo.

### 2. Metodologia de Investigação

Este subcapítulo explicita a metodologia a adotar no trabalho de investigação, começando por enquadrar e definir a questão - problema a abordar, as hipóteses e variáveis e os objetivos do estudo. Apresenta de seguida os procedimentos metodológicos, nomeadamente a recolha e tratamento de dados, Métodos e técnicas a utilizar e a dimensão e critérios da amostra. Finalmente, expõe o cronograma do percurso da investigação e respetivas fases e o índice provisório do estudo.

#### 2.1. Definição da Questão - problema

Quando se inicia uma pesquisa, o investigador depara-se com o problema central de todo o processo, saber como começar, conseguir traduzir o seu interesse ou a sua preocupação num projeto de investigação. Neste sentido, é importante estabelecer um fio condutor claro e conciso para poder iniciar o trabalho e estrutura-lo com coerência. É a partir daqui que surge na investigação a questão de partida, pois é através dela que se irá expor o que se pretende investigar.

Partindo deste pressuposto, a primeira questão que se coloca prende-se com a definição de uma questão – problema, como sendo o fio condutor de toda a investigação. E foi nesse contexto que se formulou a pergunta de partida: Qual é o contributo da musicoterapia no processo educativo de crianças com PHDA?

## 2.2. *Objetivos do estudo*

O objetivo desta investigação é averiguar a importância da musicoterapia no processo educativo de crianças com PHDA e qual a visão dos docentes face a esta terapia como um instrumento facilitador desse processo.

### 2.2.1 – *Objetivos Específicos da Investigação*

- Com este estudo pretende-se perceber a frequência com que os professores de 3º CEB trabalham com crianças com PHDA.
- Perceber se os professores se sentem habilitados profissionalmente para lidar com alunos com NEE e se pretendem aumentar ou não os seus conhecimentos sobre esta problemática.
- Conhecer a perceção/atitude dos professores relativamente à inclusão de alunos com PHDA nas suas aulas.
- Verificar se os professores do 3º CEB consideram, ou não, importante a musicoterapia no processo educativo das crianças com PHDA.

## 2.3. *Hipóteses e variáveis*

Após a formulação da questão de partida, o primeiro passo da pesquisa científica, é a colocação de uma ou mais hipóteses. A hipótese é uma suposta resposta ao problema inicial colocado, será confirmada ou refutada após ter sido devidamente testada (verificação empírica). A elaboração das hipóteses representa um papel fundamental no processo de investigação, pois estas apresentam-se como proposições de resposta à questão de partida. Assim, para a pergunta de partida formulou-se o seguinte **conjunto de hipóteses**:

**Hipótese 1** - Conhecer a problemática relativa à Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção (PHDA) permite adequar as estratégias pedagógicas na sala de aula, permitindo a inclusão de crianças com esta problemática no ensino regular;

**Hipótese 2** - Na perspetiva dos professores do terceiro ciclo do Ensino Básico, a musicoterapia ajuda de alguma forma as crianças com PHDA no processo de ensino aprendizagem.

**Hipótese 3** – Na perspectiva dos professores do terceiro ciclo do Ensino Básico, a musicoterapia consegue apelar mais à concentração das crianças com PHDA.

No final do estudo empírico, através dos dados obtidos, verificar-se-á se estas hipóteses formuladas serão confirmadas ou não.

Após a colocação de hipóteses, existe a necessidade de verificar em cada uma delas as suas **variáveis**; as dependentes e as independentes. A variável independente define-se como sendo a que afeta a outra variável, mas que pode não existir relação entre ambas. A variável dependente define-se como sendo aquela que é afetada ou explicada pela variável independente, isto é, terá modificações de acordo com as mudanças da variável independente. A variável independente, numa pesquisa antecede a variável dependente.

Analisando as hipóteses colocadas ao longo desta investigação, as variáveis das hipóteses são:

**Hipótese 1** - Conhecer a problemática permite adequar as estratégias pedagógicas na sala de aula, permitindo a inclusão de crianças com PHDA no ensino regular;

**Variável Dependente:** inclusão de crianças com PHDA;

**Variável Independente:** Conhecimento sobre a temática relativa à PHDA;

**Hipótese 2** - Na perspectiva dos professores do terceiro ciclo, a musicoterapia ajuda de alguma forma as crianças com PHDA no processo de ensino aprendizagem.

**Variável Dependente:** o sucesso e a motivação no processo de ensino aprendizagem das crianças com PHDA.

**Variável Independente:** implementação de atividades de musicoterapia em contexto de ensino-aprendizagem em alunos com PHDA

**Hipótese 3** – Na perspectiva dos professores do terceiro ciclo, a musicoterapia consegue apelar mais à concentração das crianças com PHDA.

**Variável Dependente:** Concentração das crianças com PHDA

**Variável Independente:** Utilização da musicoterapia no tratamento de crianças com PHDA

#### *2.4 Dimensão e critérios da Amostra*

O trabalho de investigação proposto tem como instrumento de trabalho a aplicação de questionários a Professores do terceiro Ciclo do Ensino Básico, podendo também ser direcionados a psicólogos e a terapeutas, amostra obtida em diversos Agrupamentos de Escolas, Escolas e via e-mail, todos eles do distrito de Aveiro. Foi escolhido este público-alvo na medida em que se pretende fazer uma análise da problemática envolvendo professores e educadores mas também outros profissionais cujo trabalho está relacionado com o contexto escolar e educativo. Assim, a recolha de informação decorre da distribuição de questionários ao público-alvo deste estudo (professores do 3º CEB, psicólogos e terapeutas de alguns Agrupamentos de escolas do distrito de Aveiro, designadamente: Agrupamento de Escolas de Sever do Vouga, Agrupamento de Escolas Dr. Jaime de Magalhães Lima, Agrupamento de Escolas Ferreira de Castro e de Arouca) dos quais foram recebidos 96 até ao início do tratamento dos dados. A distribuição foi realizada de forma direta e por via e-mail.

A amostra será, porventura, pouco equilibrada, na medida em que os sujeitos da mesma são maioritariamente professores do terceiro Ciclo do Ensino Básico e apenas uma pequena parcela são terapeutas, de vários ramos, e psicólogos. Assim, parece determinante tomar uma decisão relativamente à amostra e só depois decidir o tema final do projeto. Será mais pertinente restringir a amostra a trabalhar com professores e educadores ou tentar alargá-la a um número mais significativo de terapeutas e psicólogos, para que se possa analisar comparativamente as respostas dos dois grupos? Partindo da resposta a esta questão, e recuperando uma discussão inicial acerca do título do trabalho, poderíamos avançar títulos como: “A Musicoterapia e as crianças com PHDA na perspetiva dos profissionais da educação”; “A Musicoterapia e as crianças com PHDA na perspetiva dos professores e educadores”; “A Musicoterapia e as crianças com PHDA: um estudo comparativo”.

Coloca-se aqui, ainda, a questão da representatividade e da dimensão da amostra. Tendo em conta o universo educativo português uma amostra de 130 inquéritos de dimensão não nos parece muito representativa. No entanto, se considerarmos apenas alguns Agrupamentos de escolas do distrito de Aveiro, designadamente Agrupamento de Escolas de Sever do Vouga, Agrupamento de Escolas Dr. Jaime de Magalhães Lima,

Agrupamento de Escolas Ferreira de Castro e de Arouca, esta poderá atingir níveis de satisfação consideráveis e/ ou aceitáveis.

### *2.5 Métodos e Técnicas a utilizar*

Tendo em conta a viabilidade deste estudo, o método através do qual se procura fazer uma análise mais alargada sobre a visão dos docentes em relação à problemática e à terapia é o método quantitativo com o recurso a um questionário, tendo-se selecionado uma amostra correspondente a cerca de 130 docentes do 3º Ciclo do Ensino Básico. O questionário será distribuído por e-mail e presencialmente a docentes de diferentes faixas etárias e de pontos geográficos correspondentes a alguns Agrupamentos de Escolas do distrito de Aveiro.

A escolha deste método de investigação prende-se com a limitação no tempo para a realização do projeto e pelo facto de que, através da aplicação de um questionário torna-se possível interrogar um grande número de pessoas e recolher as informações necessárias num curto espaço de tempo. Na elaboração do instrumento de recolha de informação optar-se-á por ser de respostas fechadas, uma vez que permite maior rapidez e facilidade na resposta, uma maior uniformidade, rapidez e simplificação na análise das mesmas, facilidade na categorização destas para posterior análise, e contextualização da questão.

O objetivo da aplicação deste instrumento e a respetiva recolha de dados consiste em validar ou refutar as hipóteses colocadas, como também analisar as percentagens obtidas nas questões colocadas e inferir necessidades e pontos de reflexão.

### *2.6. Recolha e tratamento de dados*

O conjunto de dados recolhidos será obtido através de um questionário sujeito a um tratamento quantitativo.

Num primeiro momento pretende-se à identificar a amostra tendo em consideração alguns elementos como o género, a idade, a formação académica, nível de ensino, anos de serviço, se já contactou com crianças com PHDA e como considerou essa experiência.

Uma vez realizados, os questionários recolhidos serão submetidos ao tratamento informático, recorrendo ao programa SPSS versão 20.0 para o Windows. Este permite a produção de gráficos no sentido de possibilitar a visualização das percentagens

decorrentes do processo de tratamento de dados. A análise estatística será essencialmente de caráter descritivo, atendendo à preocupação de obter informações representativas a partir dos resultados obtidos.

O questionário está dividido em dois grupos (ver em anexo 1). O primeiro, remete-nos para os dados demográficos da amostra, o segundo, para um conjunto de itens nos quais as respostas do sujeito são avaliadas segundo a escala de Likert, perfazendo um total de trinta e três itens de tipo questão fechada. O sujeito que está a ser avaliado pode manifestar o seu grau de concordância desde o *discordo totalmente* (nível 1), até ao *concordo totalmente* (nível 5).

Pode ainda dizer-se, que o questionário é anónimo, com linguagem acessível, direcionada e clara a todos os inquiridos e serão aplicados nos meses de outubro, novembro e dezembro de 2013.

## 2.7. Calendarização

Tabela 1 - Calendarização

	junho	julho	agosto	setembro	outubro	novembro	dezembro	janeiro	fevereiro
Escolha do tema	X	X							
Formulação do problema		X							
Revisão da literatura		X	X	X					
Elaboração das hipóteses					X	X			
Estruturação e redação do Projeto	X	X							
Elaboração do questionário					X	X			
Aplicação do questionário					X	X	X		
Divulgação dos resultados								X	X



## Capítulo 2 - Apresentação dos Resultados

### 1 - Introdução

Neste capítulo serão apresentados os resultados obtidos. Para tal, usarei tabelas e os respectivos gráficos para uma melhor visualização das relações entre as diversas possibilidades de resposta.

#### 1.1 - Caracterização da amostra

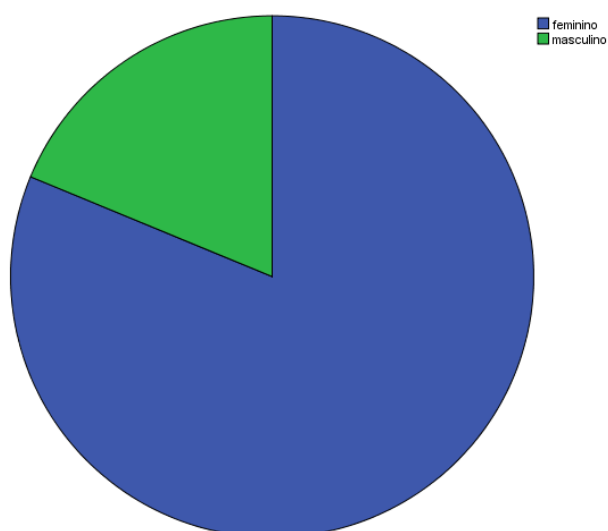
Como já referi anteriormente, os questionários foram respondidos por noventa e seis professores do 3ºCEB de diferentes zonas geográficas. Para melhor caracterizar a amostra deste estudo recolhi informações acerca do género, da idade, tempo de serviço, habilitações literárias e situação profissional de todos os professores inquiridos que passo a elucidar.

#### 1) Género

Tabela 2 - Distribuição por Género

Sexo	Número	Percentagem (%)
Masculino	18	18,8
Feminino	78	81,2
Total	96	100

Gráfico 1 - Género dos Inquiridos



Na distribuição do número de professores segundo o sexo, destaca-se a predominância do sexo feminino, em relação ao sexo masculino, sendo que o inquérito permite-nos

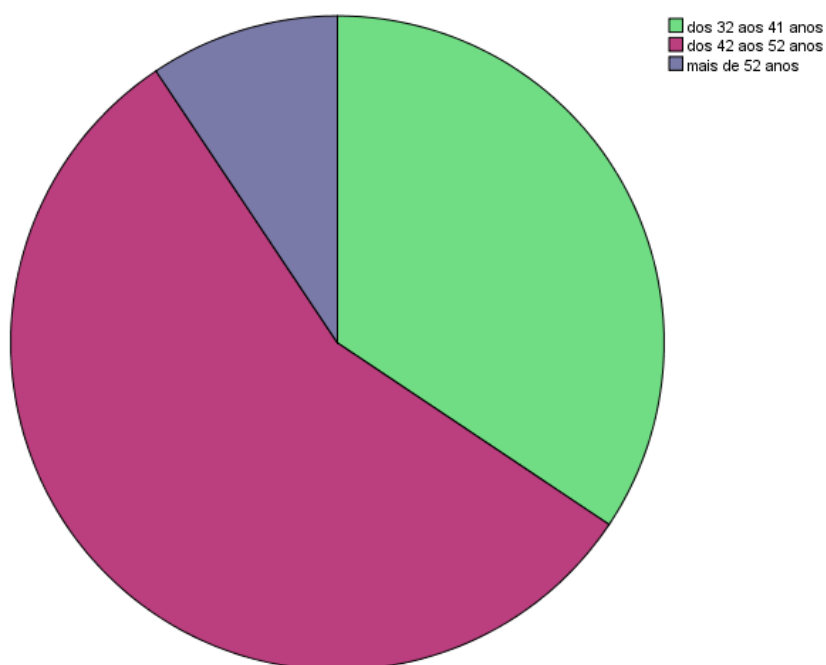
concluir que 81,2% dos professores inquiridos são do sexo feminino e apenas 18,8% dos professores são do sexo masculino.

## 2) Idade

Tabela 3 - Distribuição por Idade

Idade	21-31	32-41	42-52	Mais de 52	Total
Nº de Professores	0	33	54	9	96
Percentagem (%)	0	34,4	56,3	9,4	100

Gráfico 2 – Idade dos Inquiridos



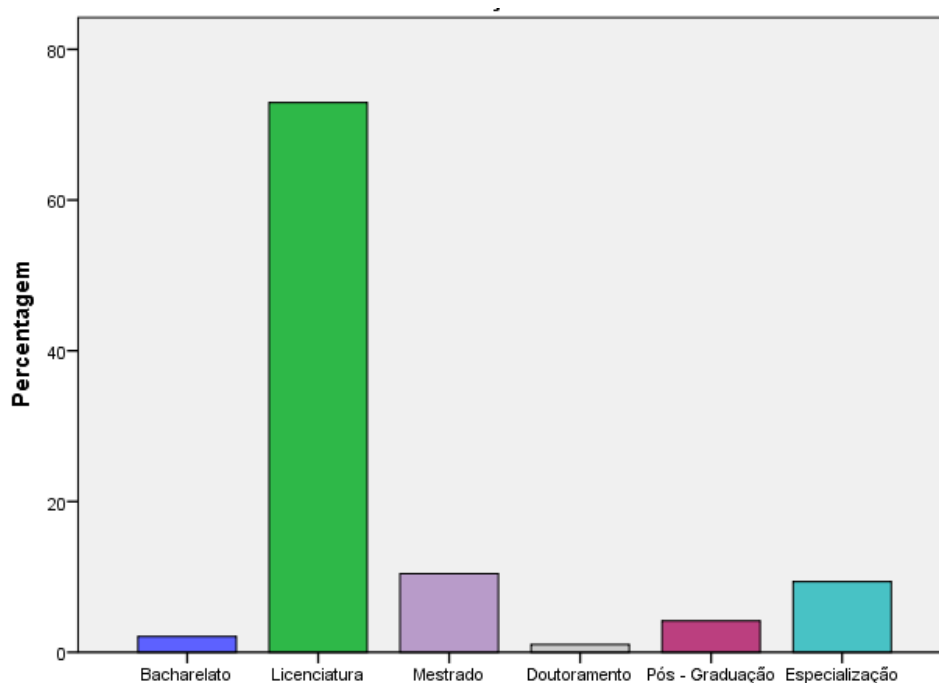
No que respeita à caracterização da amostra quanto à idade, 56,2% dos professores inquiridos, situam-se no escalão etário entre os quarenta e dois e os cinquenta e dois anos. De seguida, apresenta-se o escalão etário situado entre os trinta e dois e os quarenta e um anos, constituindo 34,4% dos professores da amostra. Os professores com mais de cinquenta e dois anos ocupam o terceiro lugar, correspondendo a 9,4% dos professores da amostra.

## 3) Habilitações Literárias

Tabela 4 - Distribuição por Habilitações Literárias

Habilitações Literárias	Nº de Professores	Percentagem (%)
Bacharelato	2	2,1
Licenciatura	70	72,2
Mestrado	10	10,3
Doutoramento	1	1,0
Pós Graduação	4	4,1
Especialização	9	9,3

Gráfico 3 – Habilitações Literárias dos Inquiridos



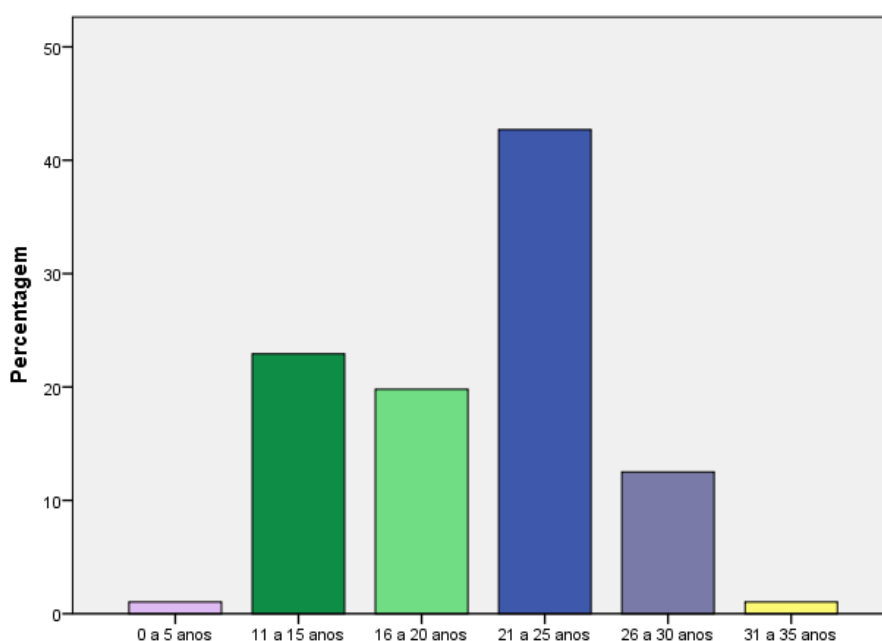
Relativamente às habilitações académicas, verifica-se que 72,2% dos professores inquiridos possuem licenciatura; 10,3% possui mestrado; 9,3% possui especialização; 4,1% dos professores possui pós graduação; 2,1% possui bacharelato e apenas 1% tem doutoramento. Dos noventa e seis professores inquiridos, a grande maioria tem licenciatura (setenta professores).

## 4) Tempo de Serviço

Tabela 5 - Distribuição por Tempo de Serviço

Tempo de Serviço	Nº de Professores	Porcentagem (%)
0 - 5	0	0
6 - 10	1	1,0
11 - 15	12	12,5
16 - 20	32	33,3
21 - 25	49	51,0
26 - 30	2	2,1
31 - 35	0	0
35 e mais	0	0

Gráfico 4 – Tempo de Serviço dos Inquiridos



Relativamente ao tempo de serviço, quarenta e nove dos professores têm entre vinte e um e vinte e cinco anos de serviço; trinta e dois têm entre dezasseis e vinte anos; doze professores têm entre onze e quinze anos; dois têm entre vinte e seis e trinta anos e apenas um tem entre seis e dez anos de serviço. Conclui-se então que 51% dos professores têm entre vinte e um e vinte e cinco anos, de seguida 33,3% têm entre dezasseis e vinte anos. Os professores com menor representatividade têm entre vinte e

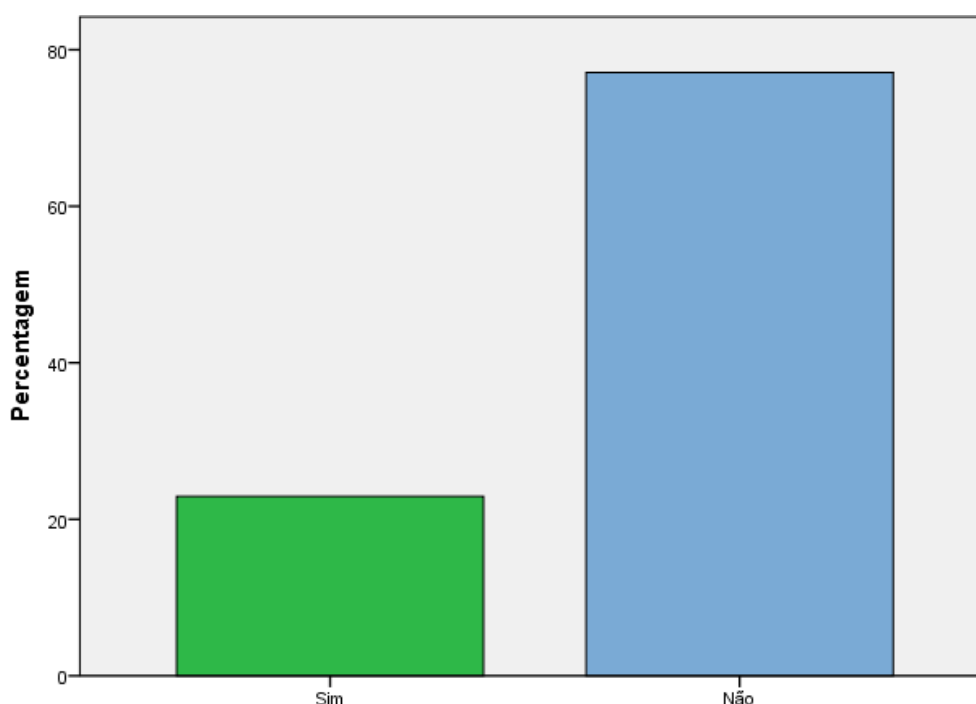
seis e trinta anos (2,1%) e entre seis e dez anos de serviço, correspondendo a 1% da amostra.

#### 5) Formação na Área das NEE

Tabela 6 - Formação na Área das NEE

Formação	Número	Percentagem (%)
Sim	22	22,7
Não	74	76,3

Gráfico 5 – Formação na Área das NEE dos Inquiridos



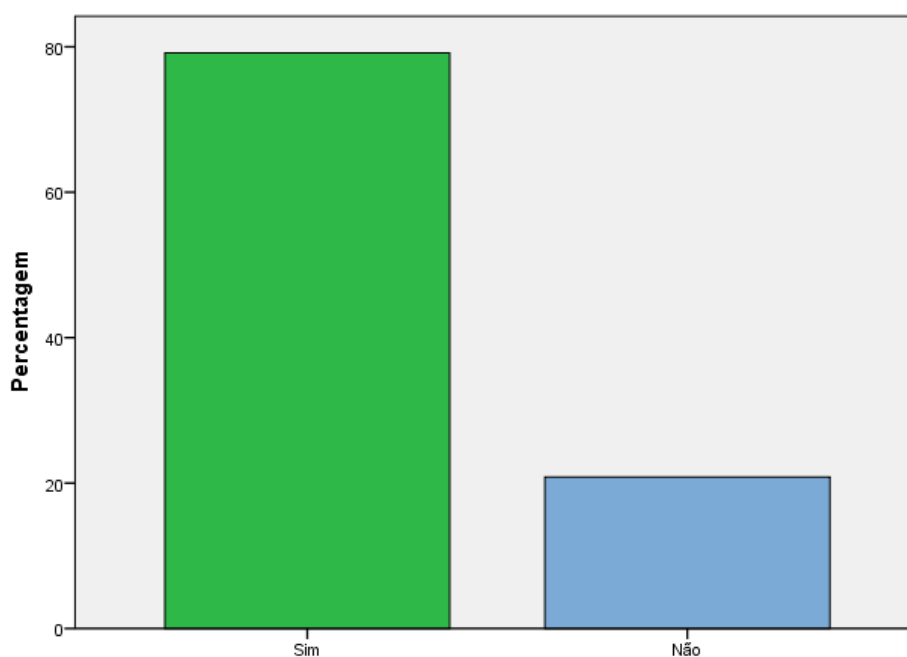
No que concerne à formação específica para trabalhar com crianças com Necessidades Educativas Especiais, verifica-se que setenta e quatro professores não têm formação em Educação Especial e vinte e dois professores têm formação em Educação Especial. Concluiu-se que nesta amostra de noventa e seis professores, são em menor número os que possuem formação específica para trabalhar com crianças com Necessidades Educativas Especiais, correspondendo a 22,7% (vinte e dois dos professores inquiridos).

## 6) Trabalho com Crianças com PHDA

Tabela 7 - Já Trabalhou com Crianças com PHDA

Trabalho com crianças com PHDA	Número	Percentagem (%)
Sim	76	78,4
Não	20	20,6

Gráfico 6 – Já Trabalhou com Crianças com PHDA



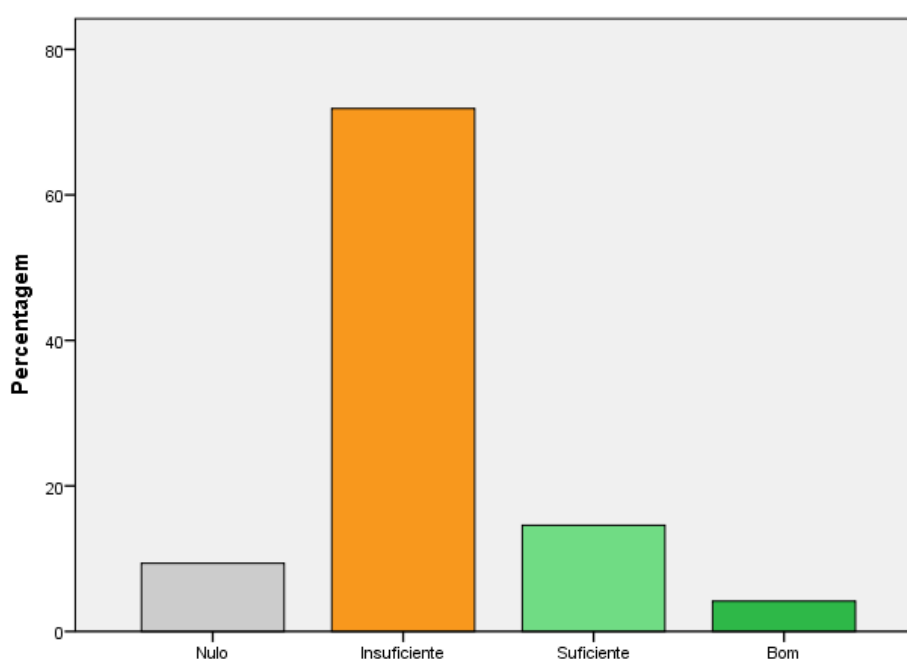
Numa amostra de noventa e seis professores, verifica-se que a maior parte já trabalhou diretamente com crianças com PHDA, nomeadamente 78,4% dos inquiridos (setenta e seis professores). Os restantes 20,6% (vinte professores) responderam que nunca trabalharam diretamente com crianças com PHDA.

### 1.2 Classificação do Conhecimento sobre PHDA

Tabela 8 - Classificação do Conhecimento sobre PHDA

Conhecimento	Nulo	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
Nº de Professores	9	69	14	4	0
Percentagem (%)	9,3	71,1	14,4	4,1	0

Gráfico 7 – Classificação do Conhecimento sobre PHDA dos Inquiridos



Quando questionados sobre a classificação do conhecimento sobre PHDA, 71,1% consideraram este conhecimento como insuficiente; 14,4% consideraram suficiente o conhecimento; 9,3% nulo e 4,1% classificou este conhecimento como sendo bom. Conclui-se, assim, que a maioria da amostra, correspondente a 69 professores, considera que o conhecimento que possui sobre PHDA é insuficiente e o dos professores inquiridos considera-o mesmo nulo.

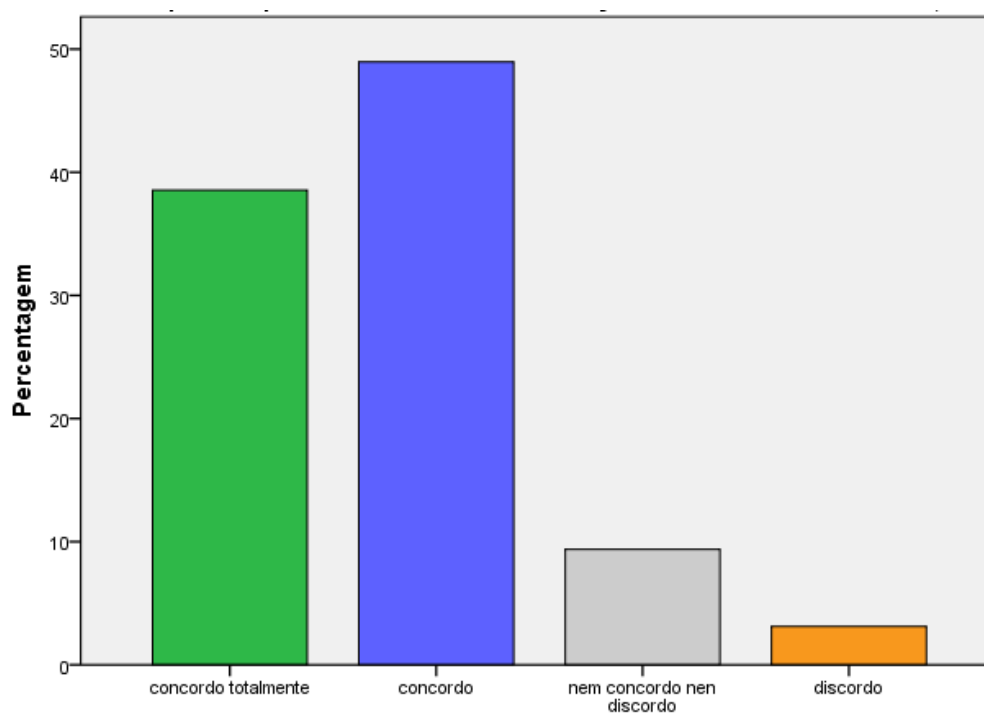
### 1.3 A Criança com PHDA

Questão nº8 - A criança com PHDA revela um padrão persistente de falta de atenção e excesso de atividade;

Tabela 9 - A criança com PHDA revela um padrão persistente de falta de atenção e excesso de atividade;

	Concordo Totalmente	Concordo Parcialmente	Não Concordo Nem Discordo	Discordo Parcialmente	Discordo Totalmente
Número	37	47	9	3	0
Porcentagem (%)	38,5	49	9,4	3,1	0

Gráfico 8 – A criança com PHDA revela um padrão persistente de falta de atenção e excesso de atividade;



Quando se examinam os resultados obtidos desta afirmação, pode-se concluir que 49% da amostra concorda parcialmente que as crianças com PHDA revelam falta de atenção e excesso de atividade; 38,5% concorda totalmente e apenas 9,4% não concorda nem discorda e 3,1% discorda parcialmente.

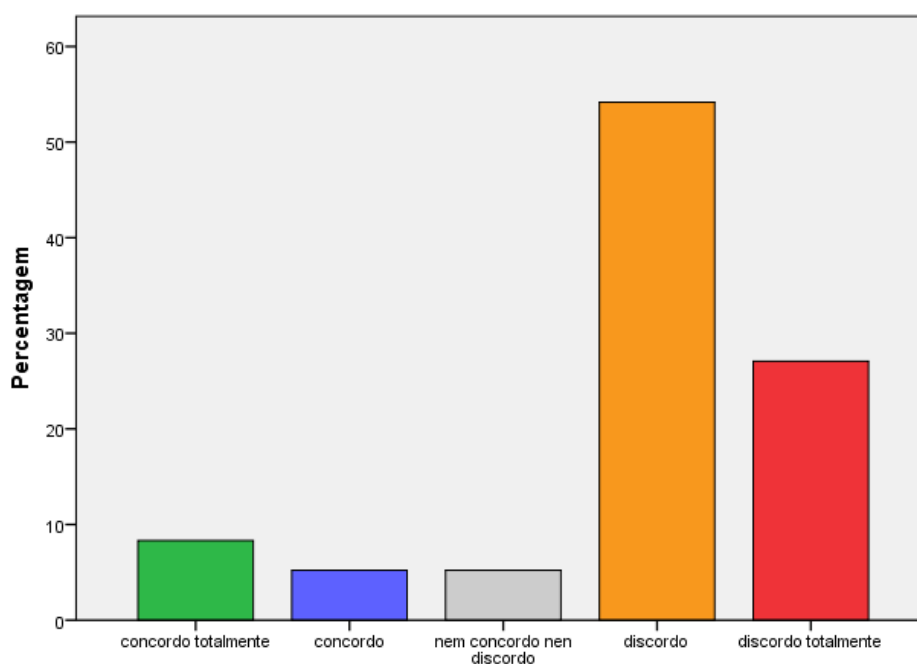


Questão nº9 - A criança com PHDA não revela dificuldades no cumprimento de regras e instruções;

Tabela 10 - A criança com PHDA não revela dificuldades no cumprimento de regras e instruções;

	Concordo Totalmente	Concordo Parcialmente	Não Concordo Nem Discordo	Discordo Parcialmente	Discordo Totalmente
Número	8	5	5	52	26
Percentagem (%)	8,3	5,2	5,2	54,2	27,1

Gráfico 9 – A criança com PHDA não revela dificuldades no cumprimento de regras e instruções;



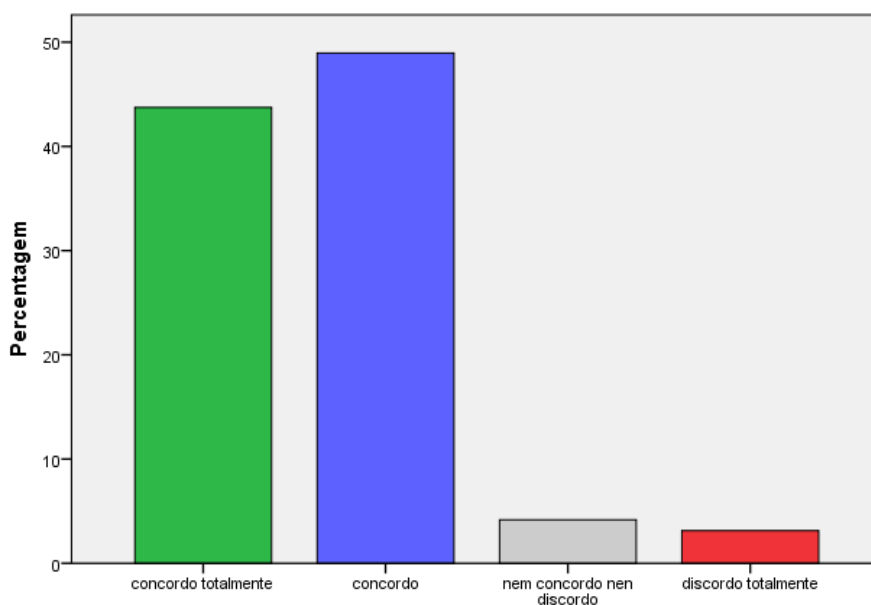
Verificando os valores obtidos em relação a esta afirmação, constata-se que 54,2% discorda parcialmente, 27,1% discorda totalmente, 5,2% não concorda nem discorda, 5,2% concorda com a afirmação e 8,3% concorda totalmente. Analisando estes resultados, 81,3% dos inquiridos (setenta e oito professores dos noventa e seis inquiridos) concorda que as crianças com PHDA revelam dificuldades no cumprimento de regras e de instruções.

Questão nº10 - A criança com PHDA distrai-se mais facilmente na realização de tarefas repetitivas ou que exigem elevados níveis de atenção;

Tabela 11 - A criança com PHDA distrai-se mais facilmente na realização de tarefas repetitivas ou que exigem elevados níveis de atenção;

	Concordo Totalmente	Concordo Parcialmente	Não Concordo Nem Discordo	Discordo Parcialmente	Discordo Totalmente
Número	42	47	4	0	3
Percentagem (%)	43,8	49	4,2	0	3,1

Gráfico 10 – A criança com PHDA distrai-se mais facilmente na realização de tarefas repetitivas ou que exigem elevados níveis de atenção;



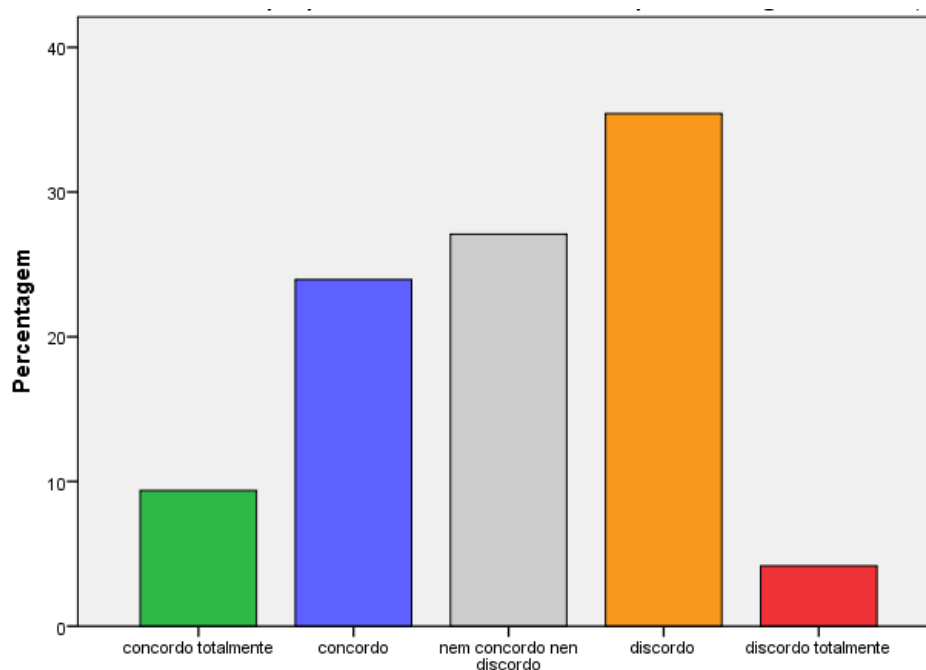
Quantificando as respostas dadas pelos inquiridos a esta questão, verifica-se que 92,8% considera a criança com PHDA se distrai mais facilmente na realização de tarefas repetitivas ou que exigem elevados níveis de atenção, tendo 43,8% concordado totalmente e 49% concordado com a afirmação. Os restantes 4,2% da amostra nem concordam nem discordam e 3,1% discorda totalmente da afirmação.

Questão nº11 - A criança com PHDA realiza as atividades propostas de forma mais lenta que os colegas da turma;

Tabela 12 - A criança com PHDA realiza as atividades propostas de forma mais lenta que os colegas da turma;

	Concordo Totalmente	Concordo Parcialmente	Não Concordo Nem Discordo	Discordo Parcialmente	Discordo Totalmente
Número	9	23	26	34	4
Porcentagem (%)	9,4	24	27,1	35,4	4,2

Gráfico 11 – A criança com PHDA realiza as atividades propostas de forma mais lenta que os colegas da turma;



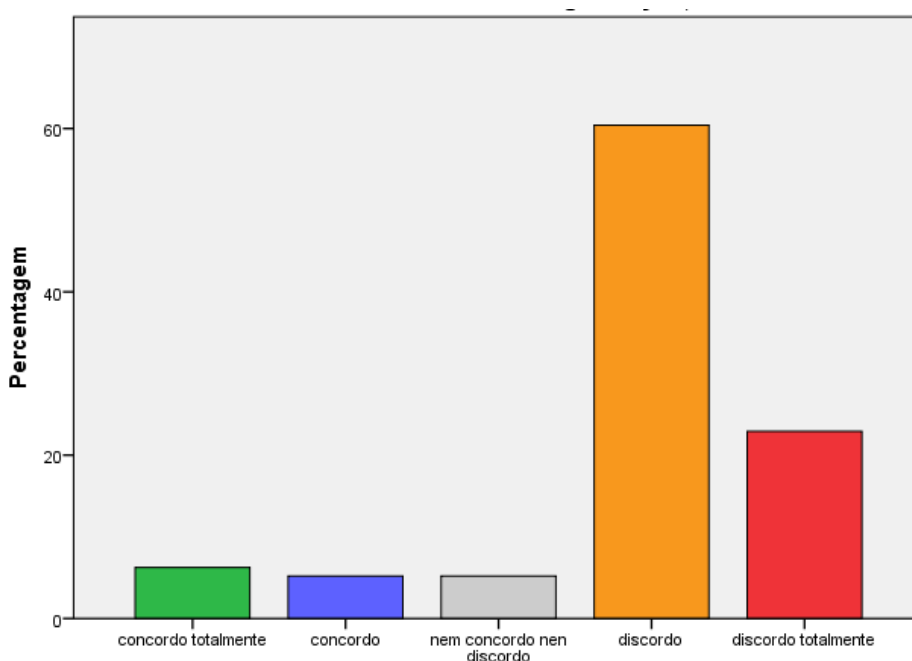
No que diz respeito a esta afirmação, a maioria dos docentes da amostra, discorda da afirmação (35,4%) e 4,2% discorda totalmente. Dos professores inquiridos 27,1% não concorda nem discorda da afirmação; 24% concorda e apenas 9,4% concorda totalmente com a afirmação que a criança com PHDA realiza as atividades de forma mais lenta quando comparada com os colegas da turma.

Questão nº12 - A criança com PHDA não revela dificuldades de organização;

Tabela 13 - A criança com PHDA não revela dificuldades de organização;

	Concordo Totalmente	Concordo Parcialmente	Não Concordo Nem Discordo	Discordo Parcialmente	Discordo Totalmente
Número	6	5	5	58	22
Percentagem (%)	6,3	5,2	5,2	60,4	22,9

Gráfico 12 – A criança com PHDA não revela dificuldades de organização;



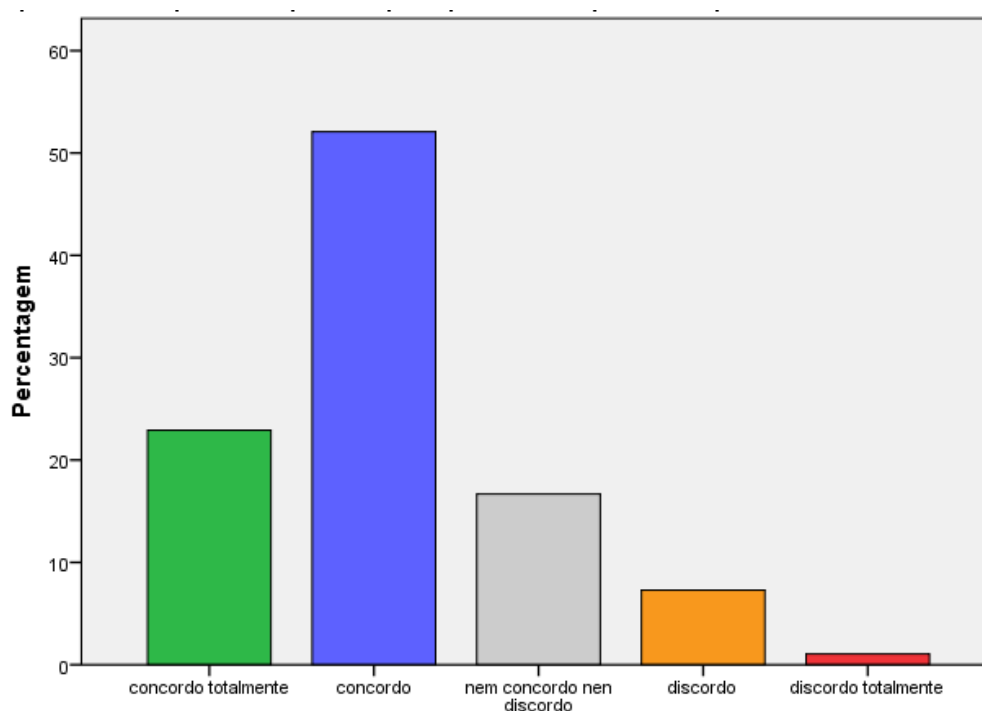
Verificando os resultados obtidos para a afirmação exposta, 60,4% discorda; 22,9% discorda totalmente; 5,2% nem concorda nem discorda, 5,2% concorda e 6,2% discorda totalmente. Os resultados adquiridos revelam que 83,3% dos docentes da amostra consideram que as crianças com PHDA revelam dificuldades de organização.

Questão nº13 - A criança com PHDA apresenta respostas rápidas e precipitadas às questões que lhe são colocadas;

Tabela 14 - A criança com PHDA apresenta respostas rápidas e precipitadas às questões que lhe são colocadas;

	Concordo Totalmente	Concordo Parcialmente	Não Concordo Nem Discordo	Discordo Parcialmente	Discordo Totalmente
Número	22	50	16	7	1
Percentagem (%)	22,9	52,1	16,7	7,3	1

Gráfico 13 – A criança com PHDA apresenta respostas rápidas e precipitadas às questões que lhe são colocadas;



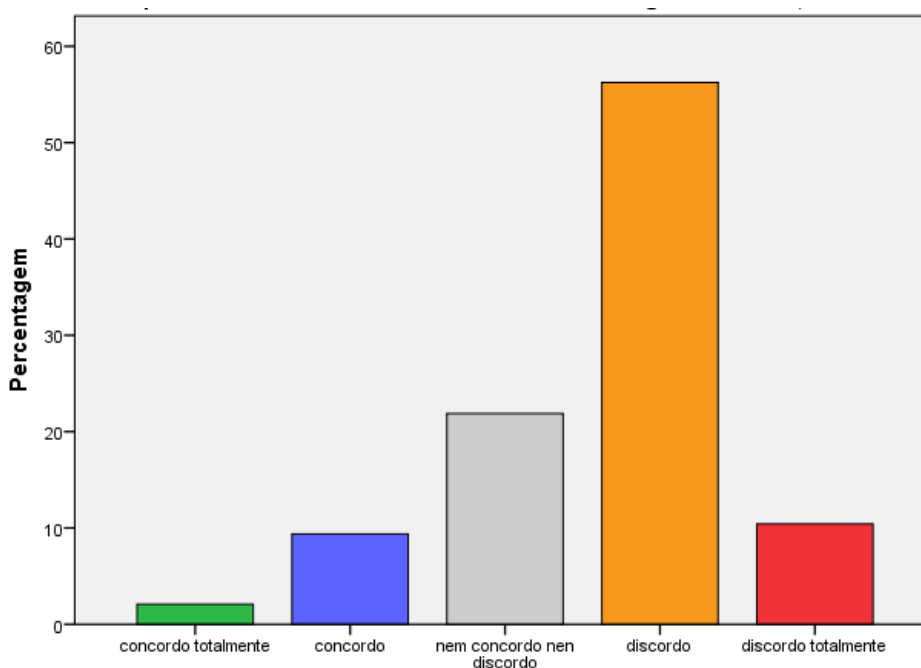
Examinando os resultados recolhidos na afirmação colocada, verifica-se que 75% tem uma posição favorável, sendo 52,1% de concordo e 22,9% de concordo totalmente com a questão exposta; 16,7% da amostra não tem opinião, escolhendo a opção nem concordo nem discordo como afirmação e apenas 8,3% discorda da mesma.

Questão nº14 - A criança com PHDA aprende de forma semelhante aos seus colegas da turma;

Tabela 15 – A criança com PHDA aprende de forma semelhante aos seus colegas da turma;

	Concordo Totalmente	Concordo Parcialmente	Não Concordo Nem Discordo	Discordo Parcialmente	Discordo Totalmente
Número	2	9	21	54	10
Porcentagem (%)	2,1	9,4	21,9	56,3	10,4

Gráfico 14 – A criança com PHDA aprende de forma semelhante aos seus colegas da turma;



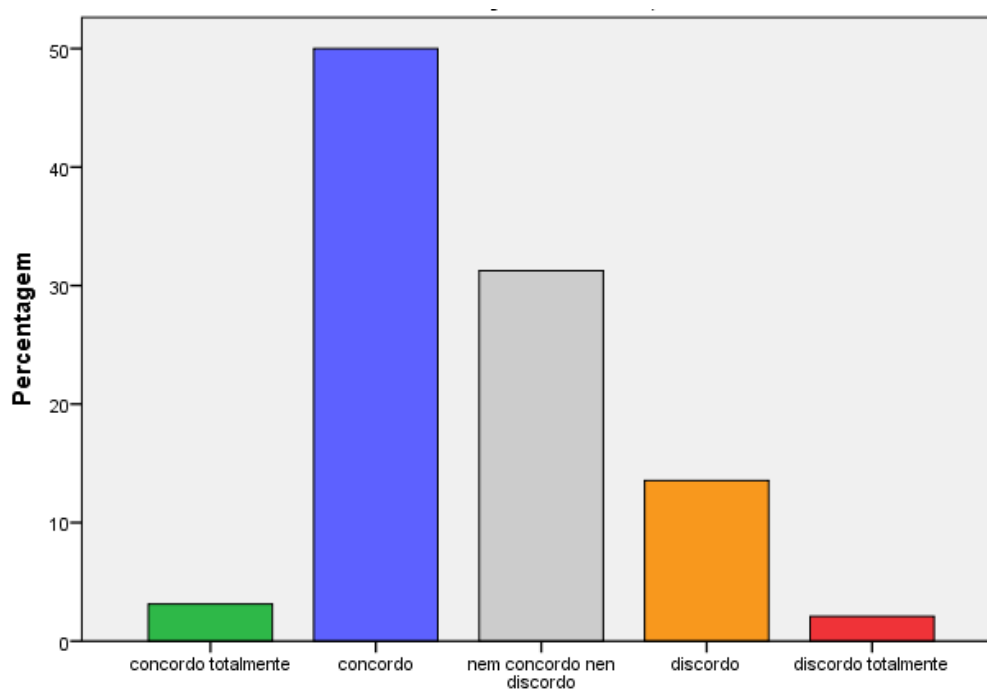
Observando os resultados obtidos, 66,7% discorda da afirmação de que a criança com PHDA aprende de forma semelhante aos seus colegas da turma, tendo cinquenta e quatro professores discordado parcialmente e dez professores discordado totalmente. 21,9% dos professores inquiridos não concorda nem discorda em relação a esta afirmação; 9,4% concorda parcialmente e apenas 2,1 concorda totalmente com o exposto.

Questão nº15 - Os comportamentos de crianças com PHDA influenciam desfavoravelmente outras crianças da turma;

Tabela 16 – Os comportamentos de crianças com PHDA influenciam desfavoravelmente outras crianças da turma;

	Concordo Totalmente	Concordo Parcialmente	Não Concordo Nem Discordo	Discordo Parcialmente	Discordo Totalmente
Número	3	48	30	13	2
Percentagem (%)	3,1	50	31,3	13,5	2,1

Gráfico 15 – Os comportamentos de crianças com PHDA influenciam desfavoravelmente outras crianças da turma;



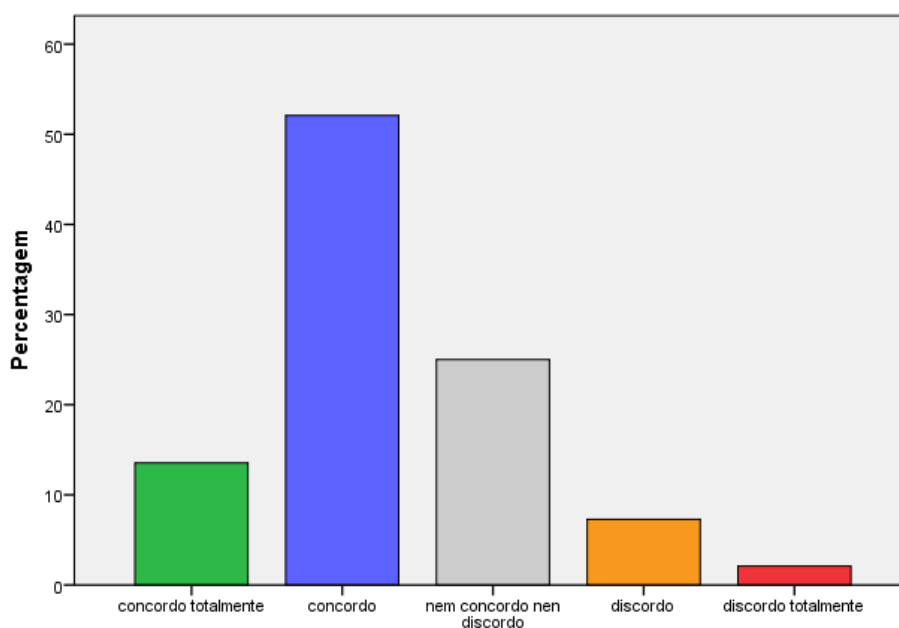
Examinando as respostas dadas pela amostra à afirmação, verifica-se que 50% concorda parcialmente (quarenta e oito professores) e 3,1% concorda totalmente. 31,3% nem concorda nem discorda, não tendo opinião sobre a afirmação; 13,5% discorda e 2,1% discorda totalmente com a questão colocada. Desta forma, a maioria dos inquiridos (53,1%) considera que as crianças com PHDA influenciam desfavoravelmente outras crianças da turma.

Questão nº16 - A rejeição dos pares leva a criança com PHDA a encarar-se a si própria e ao mundo como negativos;

Tabela 17 – A rejeição dos pares leva a criança com PHDA a encarar-se a si própria e ao mundo como negativos;

	Concordo Totalmente	Concordo Parcialmente	Não Concordo Nem Discordo	Discordo Parcialmente	Discordo Totalmente
Número	13	50	24	7	2
Percentagem (%)	13,5	52,1	25	7,3	2,1

Gráfico 16 – A rejeição dos pares leva a criança com PHDA a encarar-se a si própria e ao mundo como negativos;



A maior parte dos professores inquiridos, sessenta e três correspondendo a 65,6% da amostra, considera que a rejeição dos pares faz com que a criança com PHDA se encare a si própria e ao mundo como negativos. Vinte e cinco dos professores inquiridos respondeu que nem concorda nem discorda com a afirmação e apenas nove professores não concordam com o exposto, sendo que 7,3% discorda e 2,1 discorda totalmente.

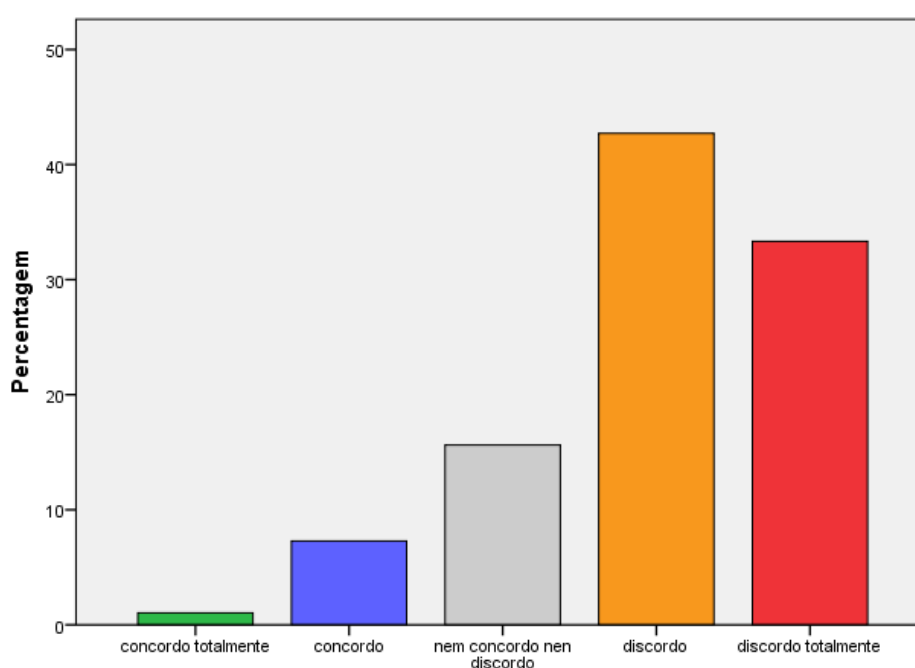


Questão nº17 - A criança com PHDA não pode ser tratada através de medicação;

Tabela 18 – A criança com PHDA não pode ser tratada através de medicação;

	Concordo Totalmente	Concordo Parcialmente	Não Concordo Nem Discordo	Discordo Parcialmente	Discordo Totalmente
Número	1	7	15	41	32
Percentagem (%)	1	7,3	15,6	42,7	33,3

Gráfico 17 – A criança com PHDA não pode ser tratada através de medicação;



Verificando os valores obtidos em relação a esta afirmação, constata-se que 42,7%, correspondente a quarenta e um professores discorda parcialmente, 33,3%, o que corresponde a trinta e dois professores discorda totalmente; 15,6% nem concorda nem discorda, e apenas oito professores, correspondendo a 8,3% dos inquiridos concorda com a afirmação. Conclui-se, assim, que a maioria dos inquiridos considera que este distúrbio pode ser tratado com medicação.

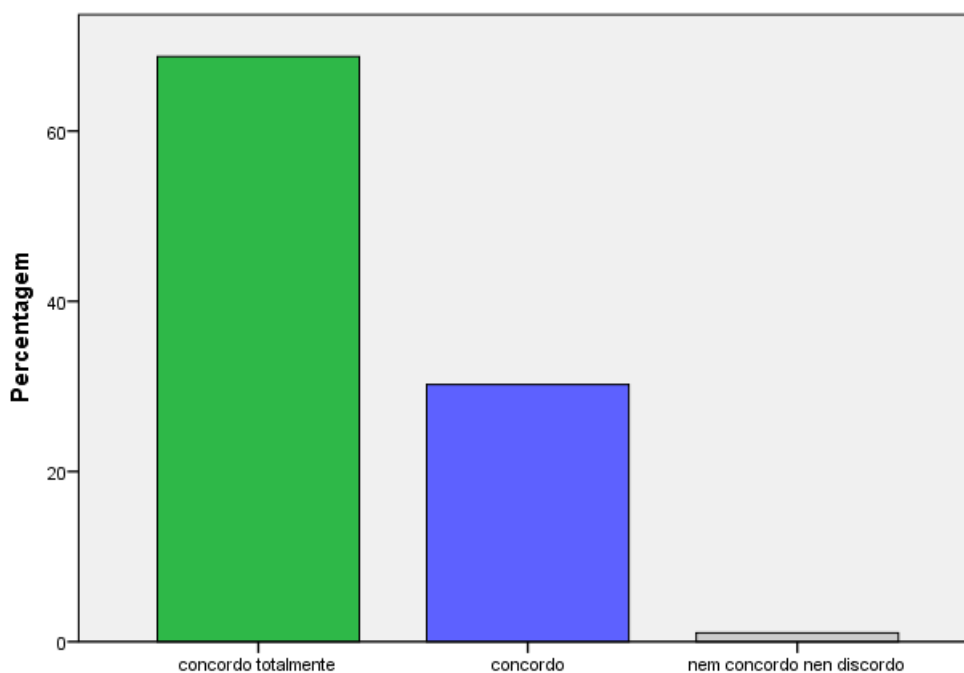
#### 1.4 A Musicoterapia

Questão nº18 - A música é uma linguagem universal que permite expressar emoções, sentimentos e pensamentos;

Tabela 19 - A música é uma linguagem universal que permite expressar emoções, sentimentos e pensamentos;

	Concordo Totalmente	Concordo Parcialmente	Não Concordo Nem Discordo	Discordo Parcialmente	Discordo Totalmente
Número	66	29	1	0	0
Percentagem (%)	68,8	30,2	1	0	0

Gráfico 18 – A música é uma linguagem universal que permite expressar emoções, sentimentos e pensamentos;



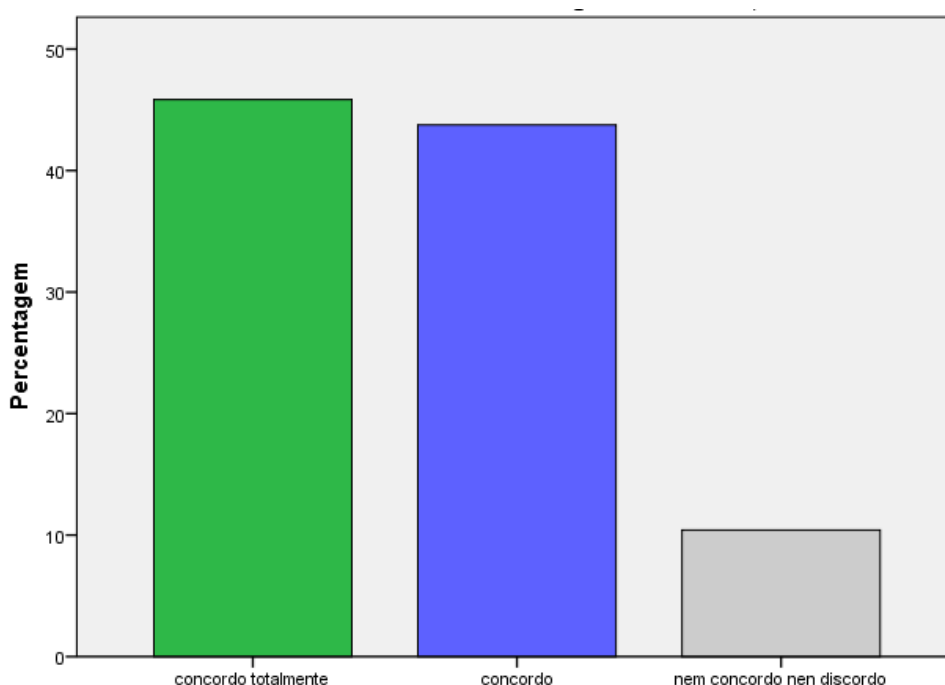
Quantificando as respostas dadas pelos inquiridos, verifica-se que 99% considera a música uma linguagem universal, tendo 68,8% concordado totalmente e 30,2% concordado com a afirmação. Apenas um professor respondeu que não concorda nem discorda com a afirmação.

Questão nº19 - A musicoterapia promove o desenvolvimento cognitivo e social;

Tabela 20 – A musicoterapia promove o desenvolvimento cognitivo e social;

	Concordo Totalmente	Concordo Parcialmente	Não Concordo Nem Discordo	Discordo Parcialmente	Discordo Totalmente
Número	44	42	10	0	0
Percentagem (%)	45,8	43,8	10,4	0	0

Gráfico 19 – A musicoterapia promove o desenvolvimento cognitivo e social;



No que diz respeito a esta afirmação, a maioria dos docentes da amostra, considera que a musicoterapia promove o desenvolvimento cognitivo e social, tendo 45,8% concordado totalmente com a afirmação e 43,8% concordado parcialmente com a mesma.

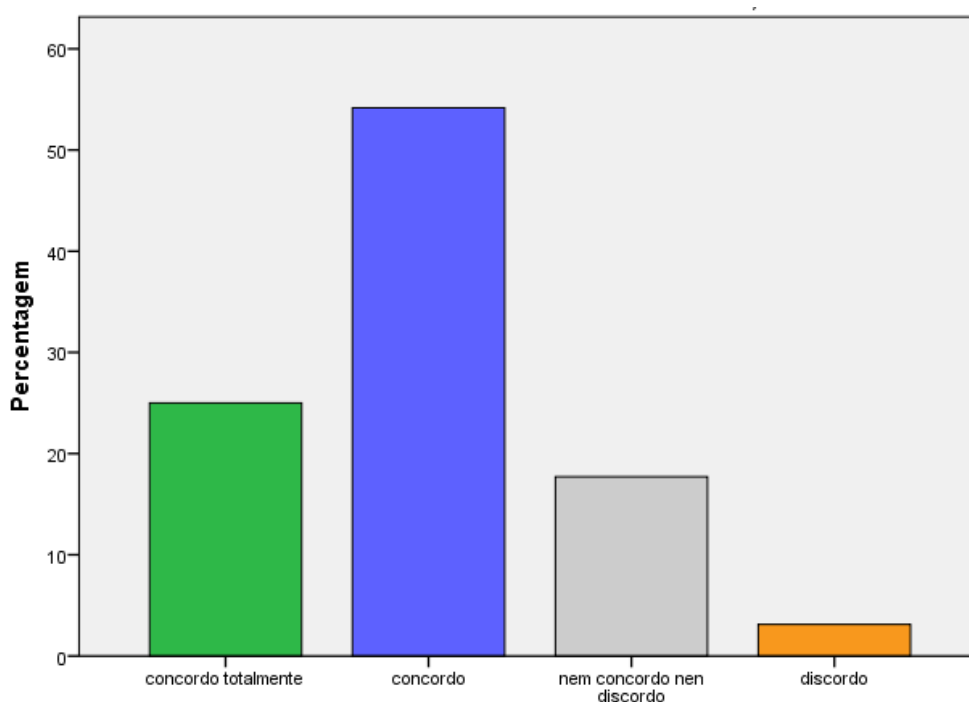
Da restante amostra, 10,4% nem concorda nem discorda com o exposto.

Questão nº20 - A musicoterapia minimiza as dificuldades de relacionamento;

Tabela 21 – A musicoterapia minimiza as dificuldades de relacionamento;

	Concordo Totalmente	Concordo Parcialmente	Não Concordo Nem Discordo	Discordo Parcialmente	Discordo Totalmente
Número	24	52	17	3	0
Percentagem (%)	25	54,2	17,7	3,1	0

Gráfico 20 – A musicoterapia minimiza as dificuldades de relacionamento;



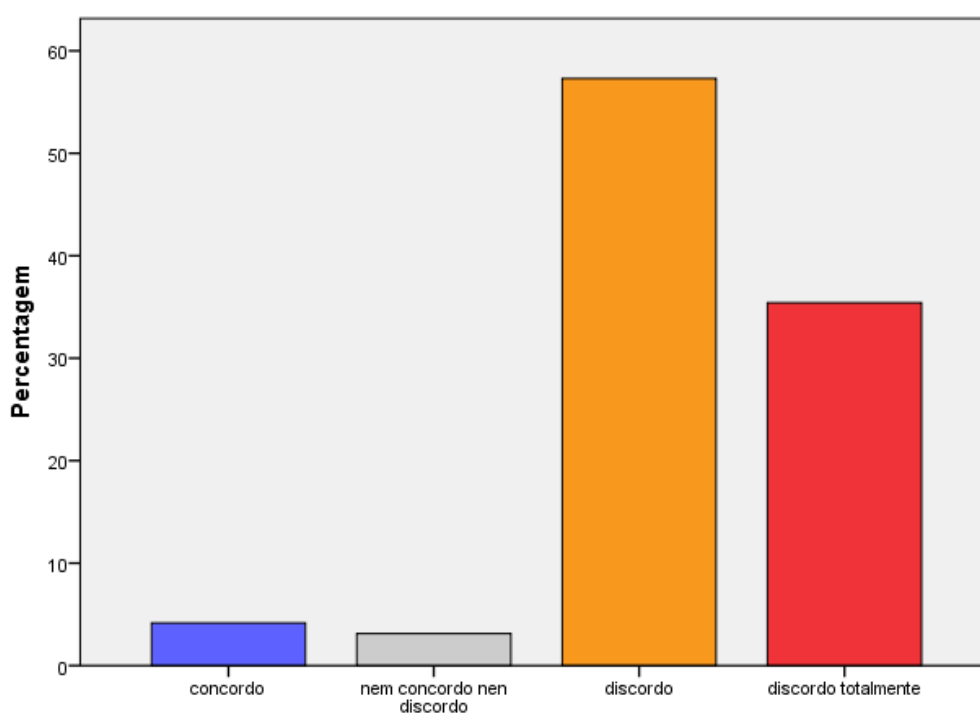
Observando os resultados recebidos, 54,2% concorda com a afirmação de que a musicoterapia minimiza as dificuldades de relacionamento e 25% concorda totalmente. 17,7% dos inquiridos nem concorda nem discorda, tendo 3,1% discordância sobre o exposto.

Questão nº21 - A musicoterapia não facilita a comunicação individual e a integração social;

Tabela 22 – A musicoterapia não facilita a comunicação individual e a integração social;

	Concordo Totalmente	Concordo Parcialmente	Não Concordo Nem Discordo	Discordo Parcialmente	Discordo Totalmente
Número	0	4	3	55	34
Percentagem (%)	0	4,2	3,1	57,3	35,4

Gráfico 21 – A musicoterapia não facilita a comunicação individual e a integração social;



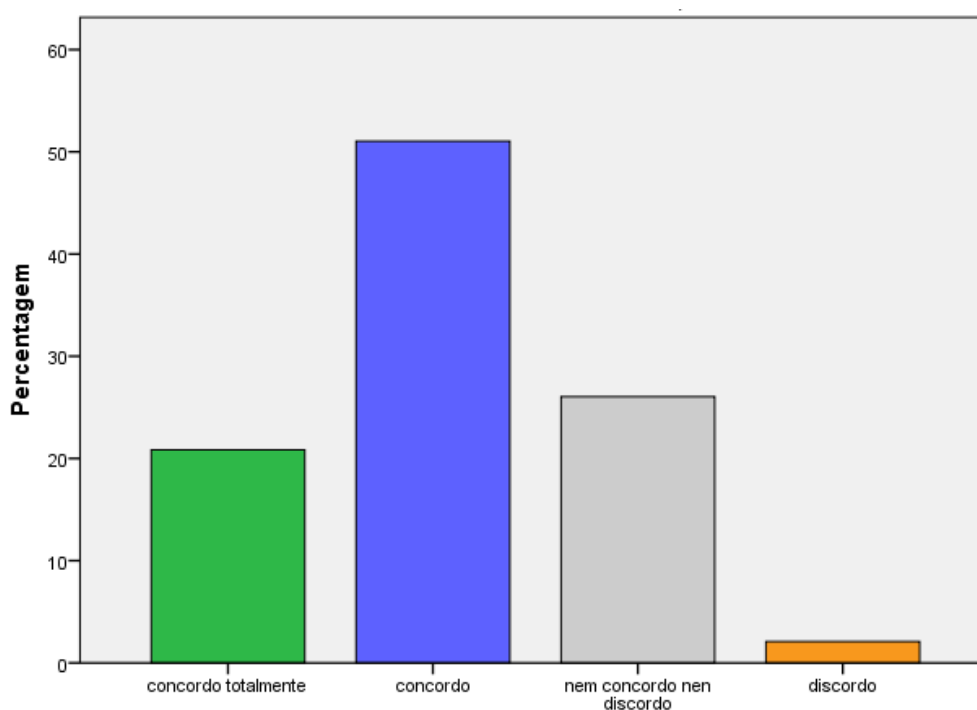
Verificando os resultados obtidos para a afirmação exposta, 3,1% nem concorda nem discorda, 57,3% discorda e 35,4% discorda totalmente. Dos docentes auscultados 4,2% tem opinião favorável à afirmação.

Questão nº22 - A musicoterapia conduz ao autoconhecimento;

Tabela 23 – A musicoterapia conduz ao autoconhecimento;

	Concordo Totalmente	Concordo Parcialmente	Não Concordo Nem Discordo	Discordo Parcialmente	Discordo Totalmente
Número	20	49	25	2	0
Percentagem (%)	20,8	51	26	2,1	0

Gráfico 22 – A musicoterapia conduz ao autoconhecimento;



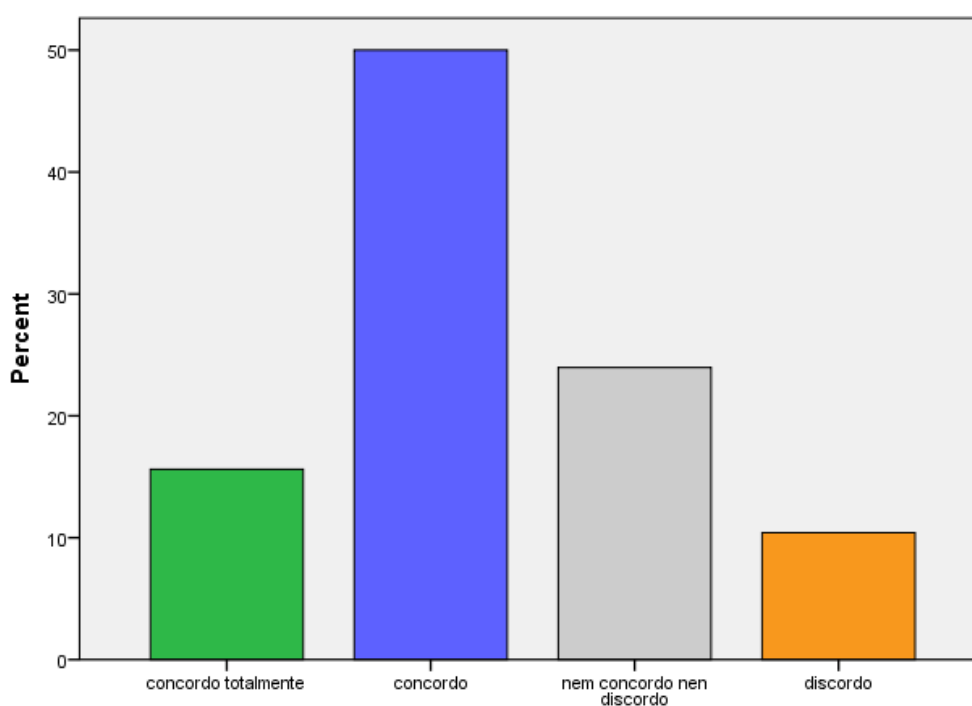
Examinando os resultados recolhidos na afirmação colocada, verifica-se que 71,8% tem uma posição favorável, sendo 51% de concordo e 20,8% de concordo totalmente com a questão exposta. 26% da amostra não tem opinião, tendo escolhido a opção nem concordo nem discordo como resposta e apenas 2,1% discorda da mesma.

Questão nº23 - Ao contactar com a música a criança não reage de forma desfavorável;

Tabela 24 – Ao contactar com a música a criança não reage de forma desfavorável;

	Concordo Totalmente	Concordo Parcialmente	Não Concordo Nem Discordo	Discordo Parcialmente	Discordo Totalmente
Número	15	48	23	10	0
Percentagem (%)	15,6	50	24	10,4	0

Gráfico 23 – Ao contactar com a música a criança não reage de forma desfavorável;



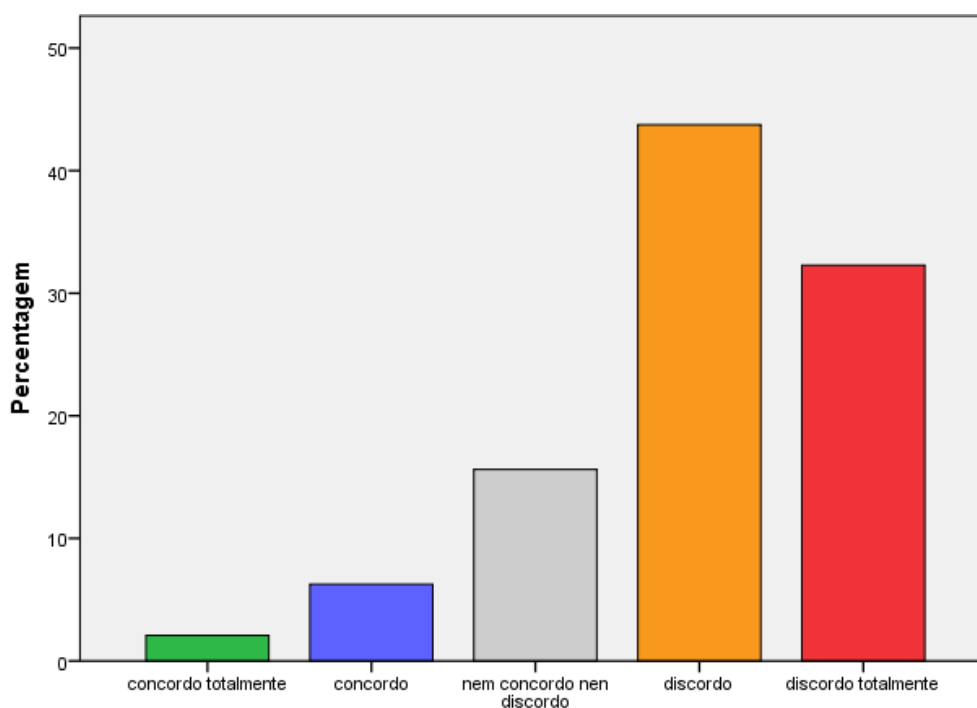
Analisando o gráfico, pode-se verificar que 65,6% da amostra considera que a criança não reage de forma desfavorável ao contactar com a música, sendo que 50% concordam com a afirmação e 15,6% concordam totalmente com a mesma. Já 24% do total da amostra nem concorda nem discorda e 10,4% discorda da afirmação.

Questão nº24 - A musicoterapia não implica prazer;

Tabela 25 – A musicoterapia não implica prazer;

	Concordo Totalmente	Concordo Parcialmente	Não Concordo Nem Discordo	Discordo Parcialmente	Discordo Totalmente
Número	2	6	15	42	31
Percentagem (%)	2,1	6,3	15,6	43,8	32,3

Gráfico 24 – A musicoterapia não implica prazer;



Verificando os resultados obtidos para a afirmação exposta, 15,6% nem concorda nem discorda, 43,8% discorda e 32,3% discorda totalmente. Dos docentes auscultados 8,4 % tem opinião favorável à afirmação, sendo 6,3% de concordo parcialmente e 2,1% de concordo totalmente. Os resultados adquiridos revelam que 76,1% dos docentes da amostra possuem uma posição contrária à questão referida.

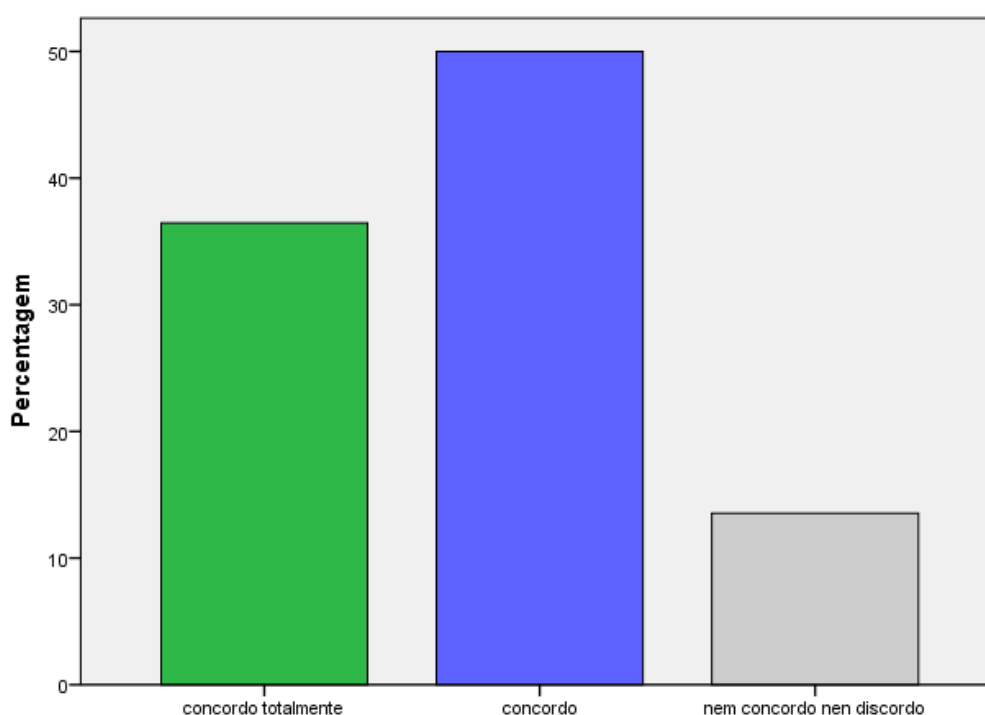


Questão nº25 - A musicoterapia fomenta o desenvolvimento da imaginação, autonomia e criatividade na criança.

Tabela 26 – A musicoterapia fomenta o desenvolvimento da imaginação, autonomia e criatividade na criança.

	Concordo Totalmente	Concordo Parcialmente	Não Concordo Nem Discordo	Discordo Parcialmente	Discordo Totalmente
Número	35	48	13	0	0
Percentagem (%)	36,5	50	13,5	0	0

Gráfico 25 – A musicoterapia fomenta o desenvolvimento da imaginação, autonomia e criatividade na criança.



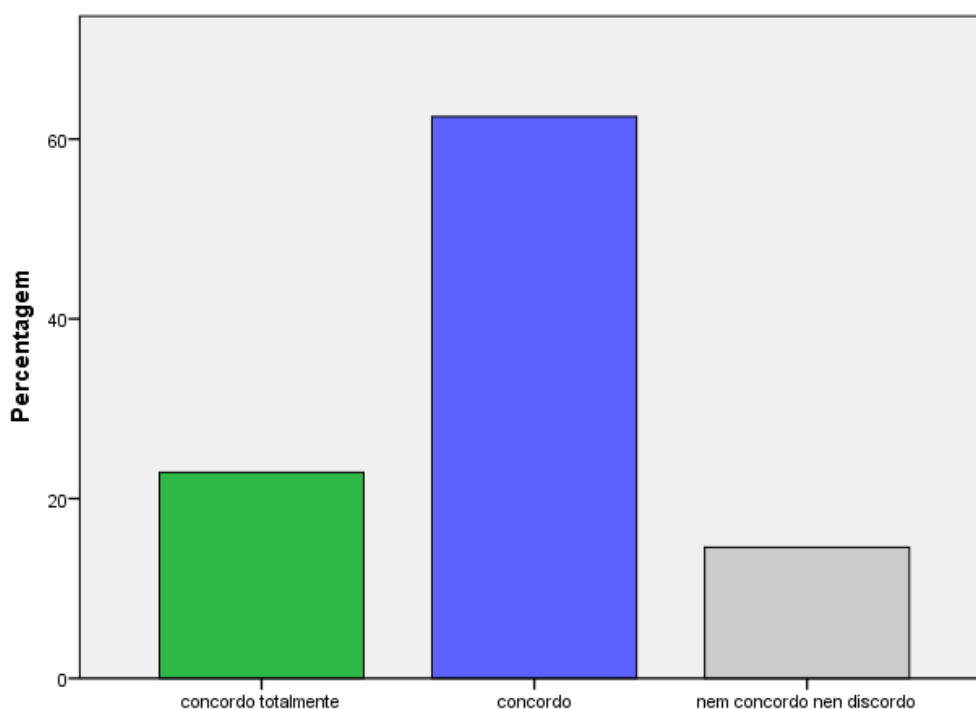
Ao verificar os resultados obtidos nesta questão, 13,5% nem concorda nem discorda, 50% concorda e 36,5% concorda totalmente com a mesma. A perspetiva positiva dos docentes em relação a esta afirmação é de 86,5%, correspondente a oitenta e três professores de uma amostra de noventa e seis.

Questão nº26 - A musicoterapia, enquanto terapia, permite que a criança se conheça melhor a si mesma;

Tabela 27 – A musicoterapia, enquanto terapia, permite que a criança se conheça melhor a si mesma;

	Concordo Totalmente	Concordo Parcialmente	Não Concordo Nem Discordo	Discordo Parcialmente	Discordo Totalmente
Número	22	60	14	0	0
Percentagem (%)	22,9	62,5	14,6	0	0

Gráfico 26 – A musicoterapia, enquanto terapia, permite que a criança se conheça melhor a si mesma;



Quando se examinam os resultados obtidos desta afirmação, pode-se concluir que 85,4% da amostra considera que a musicoterapia contribui para o autoconhecimento da criança. Deste valor 62,5% concorda parcialmente e 22,9% concorda totalmente com esta afirmação. A restante percentagem, 14,6%, nem concorda nem discorda com o exposto. Nesta afirmação pode-se verificar que os inquiridos não possuem discordância com a mesma.

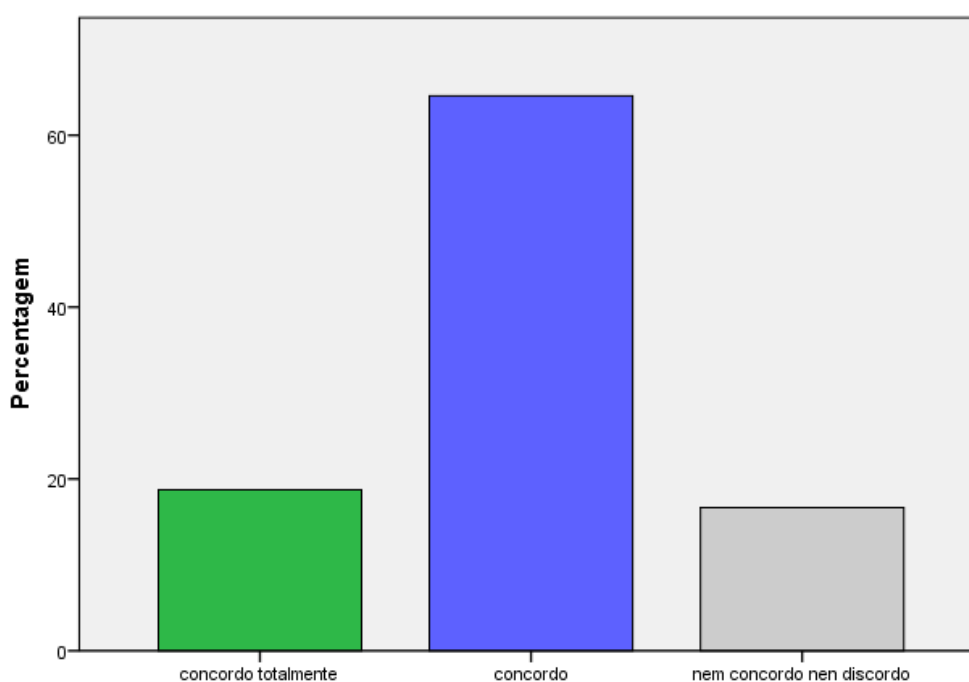
### 1.5 A Musicoterapia e a Criança com PHDA

Questão nº27 - A musicoterapia favorece o desenvolvimento da atenção e da concentração da criança com PHDA;

Tabela 28 – A musicoterapia favorece o desenvolvimento da atenção e da concentração da criança com PHDA;

	Concordo Totalmente	Concordo Parcialmente	Não Concordo Nem Discordo	Discordo Parcialmente	Discordo Totalmente
Número	18	62	16	0	0
Percentagem (%)	18,8	64,6	16,7	0	0

Gráfico 27 – A musicoterapia favorece o desenvolvimento da atenção e da concentração da criança com PHDA;



Relativamente à análise dos resultados obtidos desta afirmação, pode-se concluir que 83,4% da amostra considera que a musicoterapia favorece o desenvolvimento da atenção e da concentração da criança com PHDA. Deste valor 64,6% concorda parcialmente e 18,8% concorda totalmente com esta afirmação. A restante percentagem,

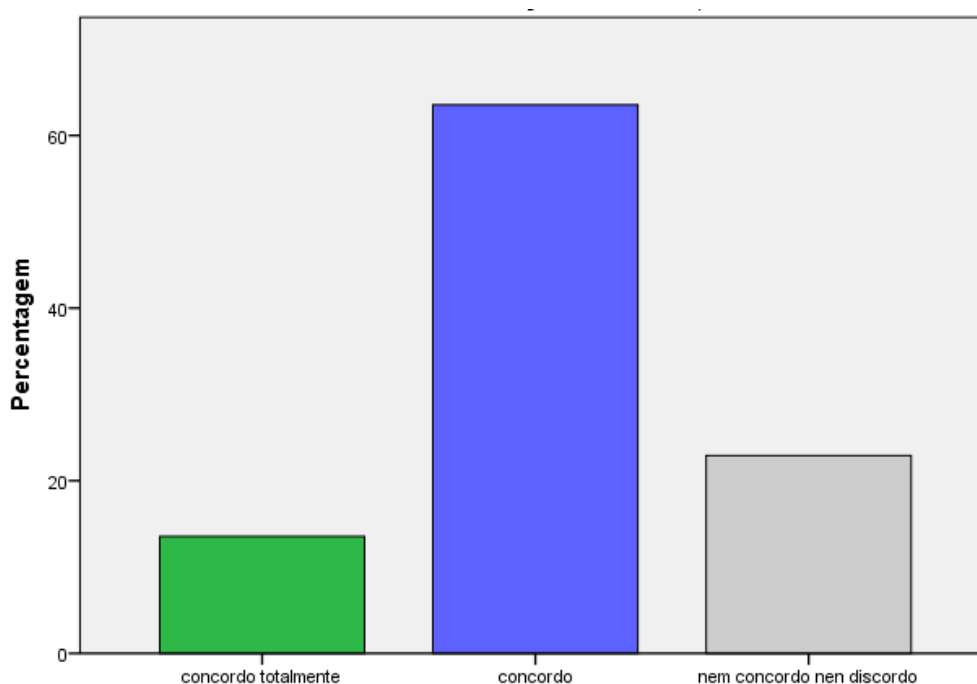
16,7%, nem concorda nem discorda com o exposto. Nesta afirmação pode-se verificar que os inquiridos não possuem discordância com a mesma.

Questão nº28 - A musicoterapia desempenha um papel importante no desenvolvimento da autoestima da criança com PHDA;

Tabela 29 – A musicoterapia desempenha um papel importante no desenvolvimento da autoestima da criança com PHDA;

	Concordo Totalmente	Concordo Parcialmente	Não Concordo Nem Discordo	Discordo Parcialmente	Discordo Totalmente
Número	13	61	22	0	0
Percentagem (%)	13,5	63,5	22,9	0	0

Gráfico 28 – A musicoterapia desempenha um papel importante no desenvolvimento da autoestima da criança com PHDA;



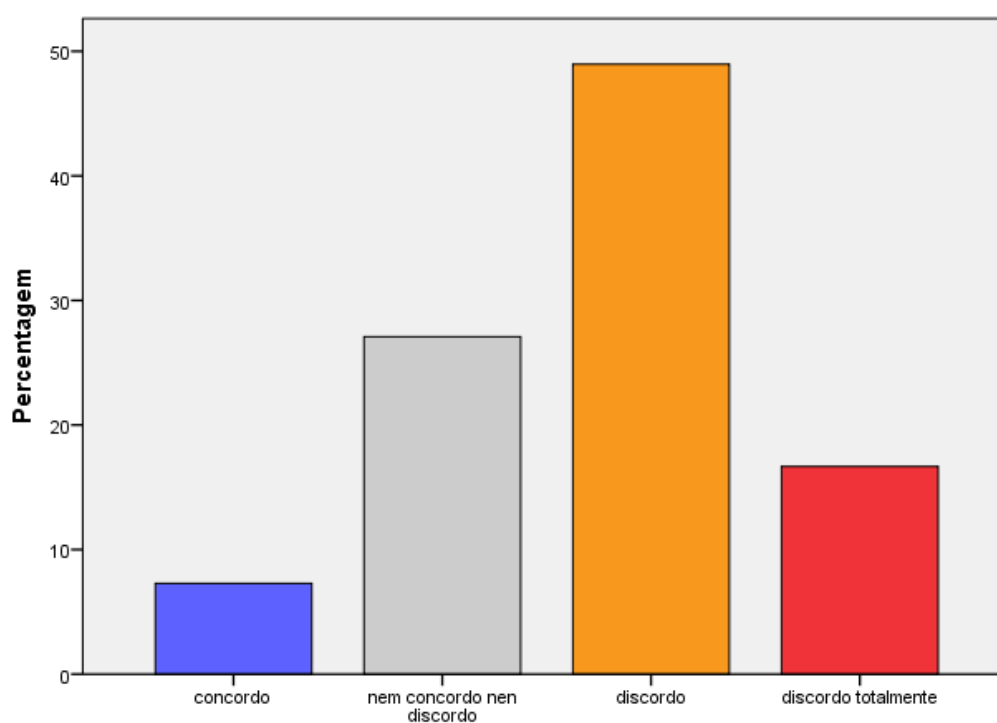
Ao verificar os resultados obtidos nesta questão, 22,9% nem concorda nem discorda, 63,5% concorda parcialmente e 13,5% concorda totalmente com a mesma. A perspetiva positiva dos docentes em relação a esta afirmação é de 77%, correspondente a setenta e quatro professores de uma amostra de noventa e seis.

Questão nº29 - A musicoterapia não contribui para a diminuição da impulsividade;

Tabela 30 – A musicoterapia não contribui para a diminuição da impulsividade;

	Concordo Totalmente	Concordo Parcialmente	Não Concordo Nem Discordo	Discordo Parcialmente	Discordo Totalmente
Número	0	7	26	47	16
Porcentagem (%)	0	7,3	27,1	49	16,7

Gráfico 29 – A musicoterapia não contribui para a diminuição da impulsividade;



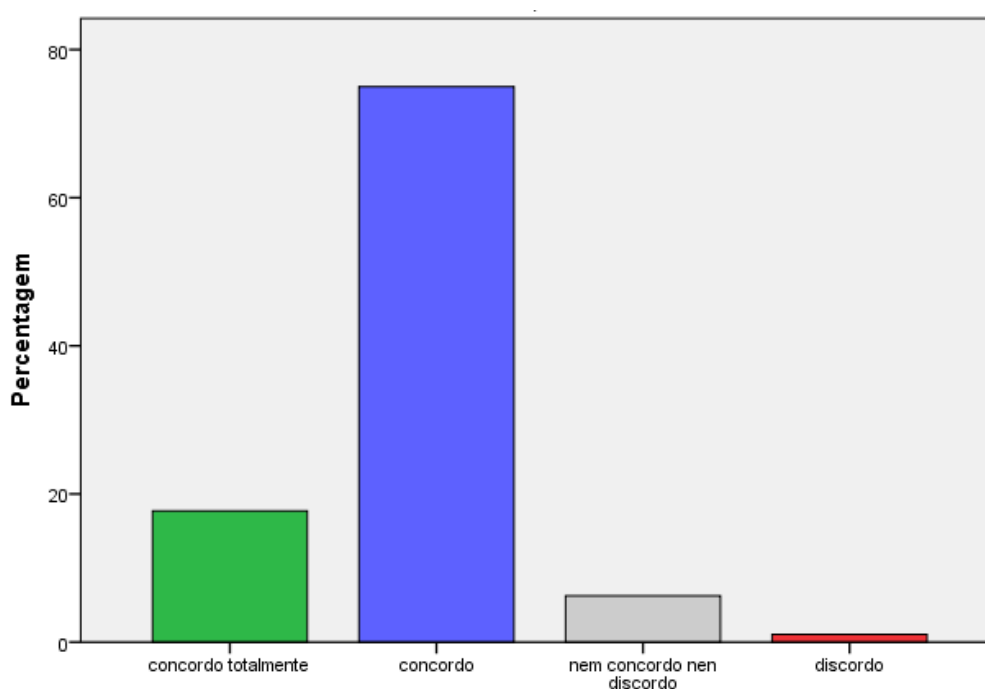
No concerne a esta questão apenas 7,3% dos docentes inquiridos concordam com a afirmação. Na amostra 27,1% nem concorda nem discorda da afirmação, 49% discorda da mesma e 16,7% discorda totalmente. Analisando estes valores 65,7% consideram que a musicoterapia contribui para a diminuição da impulsividade.

Questão nº30 - A música é uma estratégia favorável no processo educativo de crianças com PHDA;

Tabela 31 – A música é uma estratégia favorável no processo educativo de crianças com PHDA;

	Concordo Totalmente	Concordo Parcialmente	Não Concordo Nem Discordo	Discordo Parcialmente	Discordo Totalmente
Número	17	72	6	1	0
Percentagem (%)	17,7	75	6,3	1	0

Gráfico 30 – A música é uma estratégia favorável no processo educativo de crianças com PHDA;



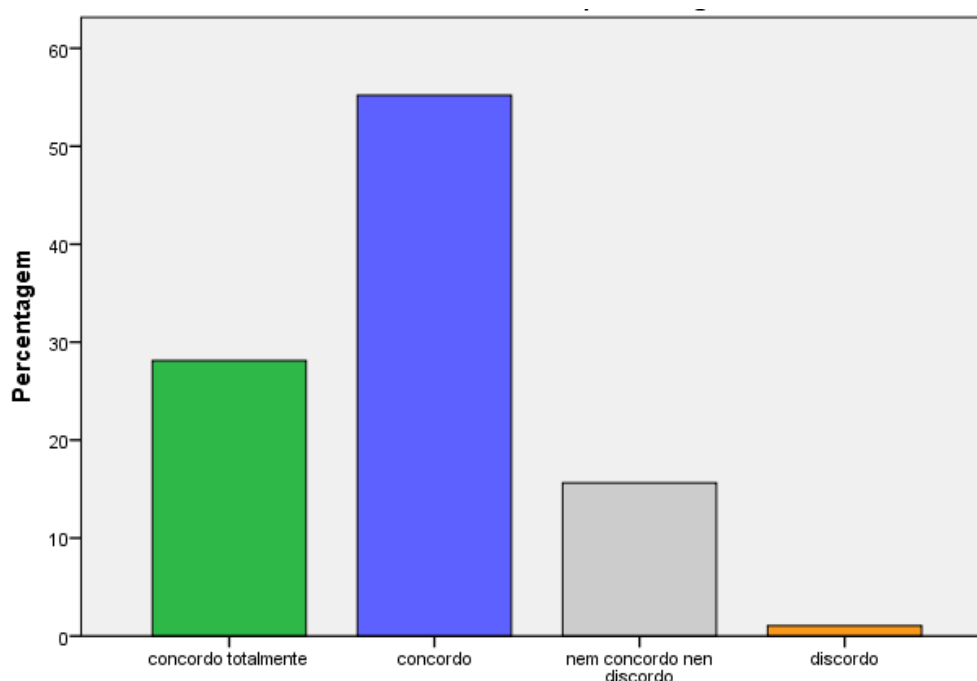
Quantificando as respostas dadas pelos inquiridos, verifica-se que 92,7% (89 professores) considera que a música é uma estratégia favorável no processo educativo de crianças com PHDA, tendo 75% concordado parcialmente e 17,7% concordado totalmente com a afirmação. Os restantes 6,7% da amostra nem concordam nem discordam e apenas 1% discorda parcialmente do exposto.

Questão nº31 - A musicoterapia é um recurso que favorece a socialização, abrindo caminho ao desenvolvimento de novas aprendizagens.

Tabela 32 – A musicoterapia é um recurso que favorece a socialização, abrindo caminho ao desenvolvimento de novas aprendizagens.

	Concordo Totalmente	Concordo Parcialmente	Não Concordo Nem Discordo	Discordo Parcialmente	Discordo Totalmente
Número	27	53	15	1	0
Percentagem (%)	28,1	55,2	15,6	1	0

Gráfico 31 – A musicoterapia é um recurso que favorece a socialização, abrindo caminho ao desenvolvimento de novas aprendizagens.



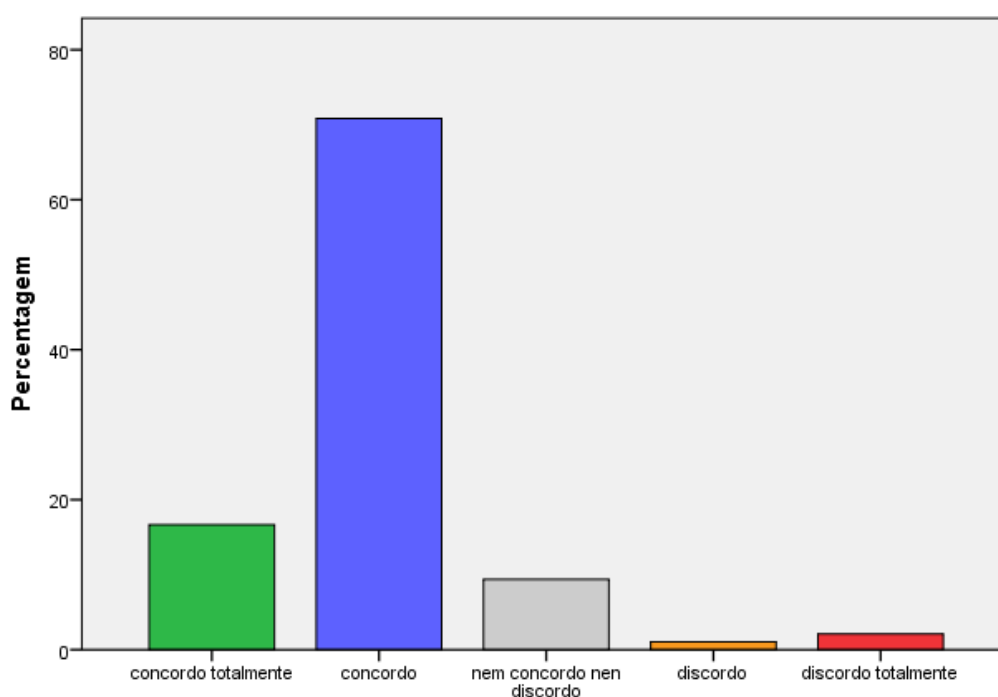
No que concerne aos resultados obtidos nesta questão, 15,6% nem concorda nem discorda, 55,2% concorda parcialmente e 28,1% concorda totalmente com a mesma. A perspectiva positiva dos docentes em relação a esta afirmação é de 83,3%, correspondente a oitenta professores de uma amostra de noventa e seis. Apenas 1% discorda da afirmação.

Questão nº32 - As atividades musicais podem ser uma grande contribuição para o desenvolvimento escolar de alunos com PHDA.

Tabela 33 – As atividades musicais podem ser uma grande contribuição para o desenvolvimento escolar de alunos com PHDA.

	Concordo Totalmente	Concordo Parcialmente	Não Concordo Nem Discordo	Discordo Parcialmente	Discordo Totalmente
Número	16	68	9	1	2
Percentagem (%)	16,7	70,8	9,4	1	2,1

Gráfico 32 – As atividades musicais podem ser uma grande contribuição para o desenvolvimento escolar de alunos com PHDA.



Relativamente aos valores obtidos em relação a esta afirmação, constata-se que 2,1% discorda totalmente, 1% discorda, 9,4% nem concorda nem discorda, 70,8% concorda com a afirmação e 16,7% concorda totalmente. Analisando estes resultados, 87,5% considera que as atividades musicais podem ser uma grande contribuição para o desenvolvimento escolar de crianças com PHDA.



## Capítulo 3 – Análise e Discussão dos Resultados

### 1 – Introdução

Neste capítulo faremos a discussão dos resultados, de acordo com os objetivos inicialmente estabelecidos para este estudo. Deste modo, procurar-se-á fazer algumas inferências baseadas nos resultados obtidos através do método de investigação utilizado, validando ou refutando as hipóteses levantadas com base no problema colocado no início desta pesquisa.

Como resposta provisória, orientadora da fundamentação teórica da pesquisa empírica, equacionaram-se três hipóteses pressupondo que os docentes perspetivam na musicoterapia como um instrumento no processo educativo de crianças com PHDA

Perante este pressuposto, partiu-se para uma pesquisa no domínio teórico que forneceu bases epistemológicas, permitindo ir ao encontro do problema e à tentativa de confirmação das hipóteses. No entanto, torna-se importante a percepção de quem em contexto prático, vivencia as realidades retratadas na teoria. Por esse motivo, partiu-se para o estudo empírico onde, numa amostra previamente definida se procurou auscultar a opinião dos docentes que vivem no seu dia-a-dia a problemática aqui estudada.

#### *1.1 - Informações pessoais*

Após a recolha dos dados através de um inquérito efetuado a noventa e seis professores, dezoito do sexo masculino e setenta e oito do sexo feminino, nos quais predominam as idades entre os quarenta e cinco e cinquenta e dois anos. A maioria dos elementos da amostra possui uma licenciatura e apresenta um tempo de serviço de vinte e um a vinte e cinco anos de serviço, tendo a sua maioria experiência em trabalhar com alunos com PHDA.

A maioria dos professores inquiridos não apresenta uma especialização em Educação Especial, o que permite ao estudo compreender melhor a utilização da musicoterapia nas escolas de ensino regular.

#### *1.2 - Informações e contacto com crianças com PHDA*

Através da análise dos resultados obtidos, facilmente notamos que, a informação que os professores do 3º CEB têm sobre a PHDA é insuficiente (71,1%), tendo 9,1% dos inquiridos, considerado este conhecimento nulo e um número pouco significativo de inquiridos respondido que o seu conhecimento é suficiente (14,4%); apenas 4,1%

classificaram-no como bom. Da mesma forma, mais de metade dos inquiridos (78,4%) já contactou ou trabalhou com crianças com esta perturbação, sendo por isso o número de sujeitos que nunca trabalhou reduzido (20,6%). Quando questionados acerca de terem formação para trabalhar com Educação Especial apenas 22,7% responderam afirmativamente e 76,3% negativamente, o que demonstra uma falta de formação em Educação Especial, quer na formação inicial, quer na formação contínua.

### 1.3 - A criança com PHDA

Foram apresentados dez aspetos sobre as características das crianças com PHDA ao nível do seu comportamento, para que, os inquiridos os classificassem quanto à sua concordância, ou não, relativamente aos mesmos. Concluímos que, em média os inquiridos concordam com a afirmação positiva dos itens: *A criança com PHDA revela um padrão persistente de falta de atenção e excesso de atividade; distrai-se mais facilmente na realização de tarefas repetitivas ou que exigem elevados níveis de atenção; apresenta respostas rápidas e precipitadas às questões que lhe são colocadas; Os comportamentos de crianças com PHDA influenciam desfavoravelmente outras crianças da turma; A rejeição dos pares leva a criança com PHDA a encarar-se a si própria e ao mundo como negativos;*

No que diz respeito aos itens, na forma negativa, *A criança com PHDA não revela dificuldades de organização e não revela dificuldades no cumprimento de regras e instruções;* os inquiridos avaliaram-no maioritariamente discordando com as afirmações.

Em relação à afirmação positiva do item: *a criança com PHDA aprende de forma semelhante aos seus colegas da turma;* os resultados mostram-se francamente negativos, sendo que os inquiridos mostram discordância.

A afirmação positiva “*A criança com PHDA realiza as atividades propostas de forma mais lenta que os colegas da turma;*” foi a que mais controvérsia gerou, pois as respostas não apresentam unanimidade, sendo que a percentagem de concordância e de discordância é semelhante e a percentagem neutra é também significativa.

Por último, podemos dizer que tendo em conta os dados obtidos, os professores de 0CEB, que fazem parte da nossa amostra, por conveniência têm um bom conhecimento acerca das características comportamentais das crianças com PHDA, muito embora um ou outro ponto tenham gerado alguma incerteza e incoerência de resposta.

#### 1.4 - A Musicoterapia

Concluimos que em média os inquiridos concordam com todas as afirmações positivas dos itens relativos à musicoterapia.

Os itens: *A música é uma linguagem universal que permite expressar emoções, sentimentos e pensamentos; promove o desenvolvimento cognitivo e social; minimiza as dificuldades de relacionamento; conduz ao autoconhecimento; fomenta o desenvolvimento da imaginação, autonomia e criatividade na criança; enquanto terapia, permite que a criança se conheça melhor a si mesma*; foram os que obtiveram resultados mais positivos pois os inquiridos avaliaram-nos com “concordo” e “concordo totalmente” em grande escala.

Os itens negativos *A musicoterapia não facilita a comunicação individual e a integração social e não implica prazer*; são unanimemente respondidos com discordância, pois os inquiridos avaliaram-nos maioritariamente com “discordo” e “discordo totalmente”.

#### 1.5 - A musicoterapia e a criança com PHDA

Concluimos que em média os inquiridos concordam com todas as afirmações positivas dos itens, apresentando resultados de elevada concordância que alternaram maioritariamente entre o “concordo totalmente” e “concordo”.

O item descrito no questionário na forma negativa: *a musicoterapia não contribui para a diminuição da impulsividade* foi avaliado pelos inquiridos verificando-se que não existe unanimidade, uma vez que as respostas oscilam entre “discordo” (49%), “discordo totalmente”. (16,7%), “não concordo nem discordo” (27,1%) e “concordo” (7,3%).

Estes valores levam-nos a deduzir que os professores do 3º CEB, da nossa amostra, concordam que a musicoterapia é uma ferramenta pedagógica adequada para as crianças com PHDA, que beneficia o desenvolvimento e aprendizagem das mesmas.

#### 1.6 - Resultados obtidos e hipóteses elaboradas

Fazendo a estudo sobre a primeira hipótese levantada para o problema inicial deste projeto em que os docentes são da opinião de que se conhecerem a problemática podem adequar as estratégias pedagógicas, facilitando inclusão as crianças com PHDA observam-se os resultados obtidos na questão 7.

Para Correia (1997), grande parte dos docentes acredita no conceito de inclusão, verificando-se que os professores revelam alguns receios em relação a este processo de mudança, principalmente por sentirem por um lado que lhes falta a formação necessária para ensinar os alunos com NEE, e por outro, de sentirem inúmeras dificuldades em fazer adaptações curriculares. Para o referido autor, alguns estudos indicam que os docentes relatam que as exigências educativas são maiores quando têm alunos com NEE nas suas turmas, sentindo uma tensão adicional que, para além de diminuir a sua habilidade para dar atenção às necessidades académicas e sociais dos alunos sem NEE, aumenta a sua frustração e angústia. Também os estudos indicam que os professores temem a filosofia de inclusão quando não lhes são disponibilizados recursos humanos e materiais, tempo e formação necessários para a implementarem com sucesso.

É nesse sentido que a mudança passa por investir mais na formação profissional de docentes para que saibam qual o caminho a seguir, que saibam como lidar com a diversidade, como criar instrumentos de adaptação curricular, que conheçam quais os meios de comunicação para a divulgação de informação e que saibam sensibilizar a comunidade educativa para a aceitação da diferença e de se ser diferente.

Analisando as percentagens obtidas na questão 7 (gráfico nº7) com o que Correia defende, pode-se concluir que estes resultados **VALIDAM** a 1ª hipótese: **Conhecer a problemática permite adequar as estratégias pedagógicas na sala de aula, permitindo a inclusão de crianças com PHDA no ensino regular;**

Perante os resultados obtidos na amostra em conjunto com a análise teórica efetuada em relação à temática conclui-se que a 2ª hipótese foi **VALIDADA: na perspectiva dos professores do Terceiro Ciclo do Ensino Básico, a musicoterapia ajuda, de alguma forma, as crianças com PHDA no processo de ensino e de aprendizagem.**

Na perspetiva dos inquiridos, a utilização da musicoterapia favorece a inclusão de crianças com PHDA, sendo de um modo geral positiva. Apesar de existirem docentes que não possuem opinião formada em relação à afirmação colocada, pelos valores obtidos na recolha de dados (Gráfico nº18, 19, 20 e 21), de um modo geral, conferem a importância ao recurso desta terapia no processo educativo de crianças com PHDA.

Segundo Padilha (2008), pelo carácter lúdico e de livre expressão as atividades de musicoterapia não apresentam pressões sobre as crianças e são uma forma de aliviar e relaxar, contribuindo para o envolvimento social. A musicoterapia desperta nas crianças

noções de respeito pelo outro, favorecendo a cooperação e a comunicação. De acordo com o referido autor, a musicoterapia serve como estímulo para a realização de movimentos específicos, contribui para a organização do pensamento abrindo espaço para novas aprendizagens. A musicoterapia nas crianças com PHDA, procura promover o seu desenvolvimento e bem-estar geral.

Para Mársico (em 1982), as possibilidades de desenvolvimento auditivo tornam-se cada vez mais reduzidas, sendo uma das causas o predomínio dos estímulos visuais sobre os auditivos e o excesso de ruídos envolventes que se convive frequentemente. Por isso, é fundamental fazer uso de atividades musicais que explorem o universo sonoro, levando as crianças a ouvir com atenção, analisando, comparando os sons e procurando identificar as diferentes fontes sonoras. Isso irá desenvolver sua capacidade auditiva, exercitar a atenção, concentração e a capacidade de análise e seleção de sons.

Tendo em consideração o que Mársico defende e a análise dos resultados obtidos no gráfico 27, verifica-se que uma grande maioria dos inquiridos considera que a musicoterapia favorece o desenvolvimento da atenção e da concentração da criança com PHDA, não havendo discordância relativamente a esta questão. Assim, perante os resultados anteriormente apresentados, conclui-se que a 3ª hipótese foi **VALIDADA: Na perspectiva dos professores do Terceiro Ciclo do Ensino Básico, a musicoterapia consegue apelar mais à concentração das crianças com PHDA.**

Relativamente ao facto de os docentes considerarem a musicoterapia um instrumento facilitador no processo educativo de crianças com PHDA, com base nos dados recolhidos, verifica-se que, apesar de existir docentes que não manifestam opinião sobre o assunto, existe uma maioria que vê nesta terapia um recurso relevante. (Gráficos nº18, 19, 20 e 21)

## CONCLUSÃO

Este estudo fez-nos perceber que os professores do 3º CEB são frequentemente confrontados com a presença de alunos com PHDA nas suas salas de aula e que, ainda assim, existe um elevado número de professores com défices de conhecimento nesta área, apesar de se verificar uma preocupação em procurar formação na área da Educação Especial.

Definida como uma perturbação neurológica do desenvolvimento, a PHDA pode ser influenciada por fatores ambientais e persistir na vida adulta. Deste modo, a musicoterapia surge como tendo um papel relevante no desenvolvimento destas crianças, uma vez que esta metodologia pedagógica pode dar frutos no que diz respeito às dificuldades sociais, motoras, intelectuais, emocionais e até mesmo académicas.

Analisando este estudo, posso concluir que os professores, por unanimidade, reconhecem na musicoterapia um potencial apoio no trabalho com crianças com PHDA, pois permite ajudar as crianças a superarem as limitações que esta perturbação lhes causa. Sendo assim, consideramos que a musicoterapia é benéfica e que facilita o entendimento e a concentração, impulsionando um melhor desempenho escolar por parte da criança em especial da criança com PHDA.

A música, ao longo dos tempos tem sido apontada como um recurso terapêutico complementar que compreende várias dimensões do indivíduo. Utilizar os seus elementos como instrumento de terapia em crianças com autismo é uma estratégia com inúmeras potencialidades, que permitem criar canais de comunicação fundamentais para a realização de novas aprendizagens.

A musicoterapia é a utilização da música e/ou de seus elementos constituintes como o ritmo, a melodia e a harmonia, propondo facilitar e promover comunicação e relacionamento interpessoal, a mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, dando resposta as necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas. Para além disso, procura desenvolver potenciais e/ou restaurar funções da criança para que alcance uma melhor qualidade de vida, através de prevenção, reabilitação ou tratamento. Esta terapia tem como objetivos essenciais a estimulação física e psicológica, a consciência perceptiva, a expressão emocional, a capacidade comunicativa e cognitiva, o comportamento social e as capacidades individuais.

Foi partindo do pressuposto de que a musicoterapia contribui de forma positiva para o processo educativo de crianças com PHDA, que se iniciou este projeto, para o qual foram colocadas três hipóteses de investigação. Após se ter feito um enquadramento teórico e empírico ao problema levantado, foi feita a discussão dos resultados. A análise efetuada permitiu fazer algumas inferências, das quais se salienta a visão favorável dos professores quanto à utilização da musicoterapia como instrumento facilitador no processo educativo de crianças com PHDA.

### **LINHAS FUTURAS DE INVESTIGAÇÃO**

Este estudo apresenta algumas limitações, embora se tenha procurado a distribuição e análise de inquéritos para a obtenção de resultados mais abrangentes, a verdade é que não podemos generalizar as conclusões, não só porque a amostra é reduzida, contando apenas com o contributo de noventa e seis professores, mas também devido às opções metodológicas feitas. Embora tenham sido seguidos os passos da investigação quantitativa, poder-se-iam ter aplicado algumas questões abertas que nos permitiriam obter resultados mais consistentes e mais próximos da realidade.

Uma vez que o estudo se debruçou sobre a percepção de professores do 3º CEB, como linha futura de investigação poderia dirigir o universo da amostra a professores de outro nível de ensino, nomeadamente pré – escolar ou 1º CEB ou a outras pessoas, nomeadamente a encarregados de educação e a alunos com PHDA, fazendo uma distribuição e análise de inquéritos mais abrangente, melhorando e adaptando este instrumento de acordo com o universo da amostra pretendido. Outra possibilidade, não menos interessante, seria ainda fazer um estudo de caso.



## BIBLIOGRAFIA

Albarelo, L., Digneffe, F., Hiernaux, J. P., Marroy, C., Ruquoy, D. & Saint-Georges, P. (2005). *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.

Antunes, N. L. (2009) *Mal – Entendidos. Da Hiperatividade ao Síndrome de Asperger. Da Dislexia às Perturbações do Sono. As respostas que procura*. Lisboa, Verso da Kapa.

(APA), A. P. (2002). *Manual Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais-DSM IV TR*. Lisboa: Clemepsi Editores.

Bañol, F. S. (1993) *Biomúsica*. São Paulo: Icone.

Barkley, R. A. (2006). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: a Handbook for Diagnosis and treatment*; New York, Guilford Press, segunda edição.

Barreto, S. (2000). *Psicomotricidade: educação e reeducação*. Blumerau: Academica. 2. ed.

Benenzon, R. (1988). *Teoria da Musicoterapia*. São Paulo: Summus Editorial:  
[http://books.google.pt/books?id=wuwiin0CK0C&pg=PP1&lpg=PA7&ots=o\\_cGlaRUi4&dq=Benenzon+Teoria+da+Musicoterapia&lr=&hl=pt-PT](http://books.google.pt/books?id=wuwiin0CK0C&pg=PP1&lpg=PA7&ots=o_cGlaRUi4&dq=Benenzon+Teoria+da+Musicoterapia&lr=&hl=pt-PT)

Brescia, V. P. (2003). *Educação Musical: Bases psicológicas e ação preventiva*. Campinas: Átomo.

Bruscia, K. E. (2000). *Definindo musicoterapia*. Rio de Janeiro: Enelivros.

D'Almeida, A. V. (1993). *O que é a Música*. Lisboa: Difusão Musical.

Del Campo, P. (1987) *La Música como Processo*. Amarú Ediciones.

Falardeau, G. (1997) *As Crianças Hiperativas*. Mem Martins: Edições Celop.

Federação Mundial de Musicoterapia, 1996: [http://: www.musica.com](http://www.musica.com), consultado em 7 de Dezembro de 2012.

Fonseca, A.C. (1998). "Problemas de atenção e hiperactividade na criança e no adolescente: questões e perspectivas actuais. Em *Hiperactividade e Problemas de Atenção em Crianças e Adolescentes*". *Revista da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação de Coimbra*, 19, pp. 165-199.

Fregtman, C. D. (1989). *Corpo, música e terapia*. São Paulo: Cultrix.

Gainza, V. (1988). *Estudos de Psicopedagogia Musical*. 3. ed. São Paulo: Summus.

García, I. (2001). *Hiperactividade*. Lisboa, McGraw-Hill.

Lopes, J. (2004). *A Hiperactividade*. Colecção Nova Era: Educação e Sociedade, Coimbra, Quarteto.

Mársico, L. (1982). *A criança e a música: um estudo de como se processa o desenvolvimento musical da criança*. Rio de Janeiro: Globo.

Organização Mundial de Saúde. (2007). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10)*. Genebra: OMS.

Padilha, M. (2008). *A musicoterapia no tratamento de crianças com Espectro de Autismo*. Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina. Covilhã, Faculdade de Ciências da Saúde da Beira Interior.

Pardal, L. e Correia, E. (1995), *Métodos e Técnicas de Investigação Social*, Porto: Areal Editores.

Parker, H. C. (2003) *Desordem por Défice de Atenção e Hiperatividade – um guia para pais, educadores e professores*. Coleção Necessidades Educativas Especiais, dirigida por Luis Miranda Correia. Porto Editora.

Phelan, T. W. (1991). *Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperactividade - Sintomas, Diagnóstico e Tratamento*. São Paulo, M. Books.

Queiroz, G. J. (2000). *A música compõe o Homem*. São Paulo: Cultrix.

Ruud, E. (1990). *Caminhos da Musicoterapia*. São Paulo: Summus Editorial.

Selikowitz, M. (2009). *Défice de Atenção e Hiperactividade*. Alfragide, Texto Editores.

Sosin, D. & Sosin, M. (2006). *Compreender a Desordem por Défice de Atenção e Hiperactividade*. Porto, Porto Editora.

Sousa, A. A. (2004). *Intervenção farmacológica*. In J. A. Lopes. (Ed.), *Hiperactividade* (pp. 237-259). Coimbra, Quarteto.

Sousa, A. (2005). *Investigação em educação*. Lisboa: Livros Horizonte.

Still, G. F. (1902) "The Coulstonian Lectures on some abnormal Physical conditions in children." *Lancet*, 1, 1008 – 1012.

Weigel, A. (1988). *Brincando de Música: Experiências com sons, ritmos, música e movimentos na pré-escola*. Porto Alegre: Kuarup.

Wigram, T. (2000). *A Model of Diagnostic Assessment and Analysis of Musical in Music therapy*. Radlett: Harper House Publications.

*World Federation of Music Therapy*. (s.d.). Obtido em 20 de Janeiro de 2012, em <http://musictherapyworld.net/WFMT/Home.html>

Vilar, I. O. (2002). *Déficit de Atención com hiperactividad – manual para padres y educadores*. Madrid, Editorial Cepe.

# APÊNDICES



## Apêndice A - Questionário

## Escola Superior de Educação João de Deus

Exmo(a). Senhor (a) Professor (a), caro (a) colega

Sou aluna da Escola Superior de Educação João de Deus, com uma já larga tradição no campo da Educação (nomeadamente ao ministrar cursos de **ensino pós-graduado, em particular o de Educação Especial para professores**). Este trabalho de investigação, realiza-se no âmbito do Mestrado em Ciências da Educação na Especialidade em Educação Especial, domínio Cognitivo e Motor, sob a orientação do Professor Doutor Horácio Pires Gonçalves Ferreira Saraiva.

Tem em mãos um questionário que se insere numa investigação com a seguinte temática **“A importância da musicoterapia no processo educativo de crianças com Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA)”**.

Lembro-lhe que não existem nem boas nem más respostas. Apenas a sua opinião para mim é importante.

Para que a possa levar a bom termo, careço da sua útil colaboração. Para o efeito basta que preencha com uma cruz (X) o quadrado que melhor corresponde à sua opinião. Depois de preenchido envie através do correio, para o seguinte endereço:

NOME	Ângela Marta Silva Lobo
MORADA	Sanfins – Rocas do Vouga
CÓDIGO POSTAL	3740-183 Sever do Vouga
CORREIO ELETRÓNICO	<a href="mailto:mrtlobo@gmail.com">mrtlobo@gmail.com</a>

Obrigada pela sua colaboração!

**PARTE – Dados pessoais e profissionais****Assinale com um X no quadrado correspondente:**

1 - Sexo: Feminino

☐

Masculino

☐

2- Idade:

Dos 21 aos 31anos	<input type="checkbox"/>
Dos 32 aos 41anos	<input type="checkbox"/>
Dos 42 aos 52 anos	<input type="checkbox"/>
Mais de 52 anos	<input type="checkbox"/>

3 - Habilitações:

Bacharelato	<input type="checkbox"/>
Licenciatura	<input type="checkbox"/>
Mestrado	<input type="checkbox"/>
Doutoramento	<input type="checkbox"/>
Pós graduação	<input type="checkbox"/>
Especialização	<input type="checkbox"/>

4 - Profissão

Educador de Infância	<input type="checkbox"/>
Professor 1º Ciclo	<input type="checkbox"/>
Professor 2º Ciclo	<input type="checkbox"/>
Professor 3º Ciclo	<input type="checkbox"/>
Professor Secundário	<input type="checkbox"/>

5 – Tempo de Serviço

0-5	<input type="checkbox"/>
6-10	<input type="checkbox"/>
11-15	<input type="checkbox"/>
16-20	<input type="checkbox"/>
20-25	<input type="checkbox"/>
30-35	<input type="checkbox"/>
36 e mais	<input type="checkbox"/>

6 - Recebeu alguma formação específica na área das Necessidades Educativas Especiais?

Sim

☐

Não

☐**IIª PARTE – Dados em estudo****Assinale com um X no quadrado correspondente:**

- Já alguma vez trabalhou com crianças com PHDA?

Sim

☐

Não

☐

- Como classifica o seu conhecimento sobre PHDA?

Nulo

☐

Insuficiente

☐

Suficiente

☐

Bom

☐

Muito Bom

☐

- Considera que a musicoterapia pode contribuir para o desenvolvimento da aprendizagem das crianças com PHDA?

Sim

☐

Não

☐

N.º	Questão	Concordo Totalmente	Concordo	Nem concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
<b>A criança com PHDA:</b>						
1.	Revela um padrão persistente de falta de atenção e excesso de atividade;					
2.	Não revela dificuldades no cumprimento de regras e instruções;					
3.	Distrai-se mais facilmente na realização de tarefas repetitivas ou que exigem elevados níveis de atenção;					
4.	Realiza as atividades propostas de forma mais lenta que os colegas da turma;					
5.	Não revela dificuldades de organização;					
6.	Apresenta respostas rápidas e precipitadas às questões que lhe são colocadas;					
7.	Aprende de forma semelhante aos seus colegas da turma;					
8.	Os comportamentos de crianças com PHDA influenciam desfavoravelmente outras crianças da turma;					
9.	A rejeição dos pares leva a criança a encarar-se a si própria e ao mundo como negativos;					
10.	Não pode ser tratada através de medicação.					
<b>A Musicoterapia</b>						
11.	A música é uma linguagem universal que permite expressar emoções, sentimentos e pensamentos;					
12.	Promove o desenvolvimento cognitivo e social;					
13.	Minimiza as dificuldades de relacionamento;					
14.	Não facilita a comunicação individual e a integração social;					
15.	Conduz ao autoconhecimento;					
16.	Ao contactar com a música a criança não reage de forma desfavorável;					
17.	Não implica prazer;					
18.	Fomenta o desenvolvimento da imaginação, autonomia e criatividade na criança.					
<b>A Musicoterapia e a criança com PHDA:</b>						
19.	Enquanto terapia permite que a criança se conheça melhor a si mesma;					
20.	A Musicoterapia favorece o desenvolvimento da atenção e da concentração da criança com PHDA;					
21.	A Musicoterapia desempenha um papel importante no desenvolvimento da autoestima da criança com PHDA;					
22.	A Musicoterapia não contribui para a diminuição da impulsividade;					
23.	A música é uma estratégia favorável no processo educativo de crianças com PHDA;					
24.	A musicoterapia é um recurso que favorece a socialização, abrindo caminho ao desenvolvimento de novas aprendizagens.					
25.	As atividades musicais podem ser uma grande contribuição para o desenvolvimento escolar de alunos com PHDA.					

